

Recommandations pour la pratique clinique

Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel

Texte court

Contexte et méthode

Contexte

La Société Française d'Alcoologie (SFA) s'intéresse depuis de nombreuses années aux "conduites addictives en milieu de travail", organisant différentes manifestations sur le sujet. Plusieurs problèmes l'avaient interpellée :

- l'absence relative de données sur le sujet ;
- le fait que les conduites addictives ne soient pas toujours repérées par les services de santé au travail.

La SFA s'est donc rapprochée de la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) afin d'élaborer des Recommandations pour la pratique clinique dans ce domaine.

Après avoir contacté la Haute Autorité de Santé (HAS), un comité d'organisation a été mis sur pied en 2008. Composé de membres de la SFA et de la SFMT, il a choisi de limiter le champ de ce travail aux substances psychoactives – SPA (alcool, produits illicites, médicaments psychotropes, traitement de substitution aux opiacés) susceptibles de générer des troubles du comportement, excluant de fait le tabac qui présentait des spécificités autres et qui compliquait les données du problème.

Alors qu'il était envisagé de couvrir toutes les étapes de la pratique médicale (dépistage, gestion, prévention), il a en outre été décidé, sur les conseils de la HAS, de traiter la prévention dans un second temps compte tenu de la complexité de cette thématique.

Autres enjeux : favoriser l'accès au soin des personnes nécessitant un accompagnement et renforcer les collaborations entre médecins du travail, médecins addictologues et médecins traitants.

Différents objectifs ont dès lors été fixés par le comité d'organisation à un groupe de travail composé d'une trentaine de personnes (professionnels de santé au travail, addictologues, épidémiologistes, juristes, économistes de la santé, ethnologues, médecins urgentistes, généralistes, représentants des directeurs des ressources humaines, des salariés et des usagers) :

- réaliser un état des lieux sur ce sujet en France ;
- proposer des outils et des procédures permettant de mieux prendre en compte les problématiques de consommation de SPA ;
- favoriser le repérage clinique des consommateurs à risque, quel que soit le champ de la santé concerné ;
- et définir les modalités et la place du dépistage biologique des SPA par les professionnels des services de santé au travail.

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Alcoologie – Contributeurs

Comité d'organisation

Dr Claudine Gillet, médecin du travail, addictologue, Nancy,
présidente du Comité d'organisation,
coordinatrice logistique du Groupe de travail

Dr Gérard Demortière, médecin du travail, addictologue,
Cergy-Pontoise, *coordinateur du Groupe de travail*

Dr Benoît Fleury, gastroentérologue, addictologue, Bordeaux

Pr Dominique Penneau-Fontbonne, médecin du travail,
addictologue, Angers

Dr Damien Duquesne, médecin du travail, addictologue, Lille

Dr Éric Hispard, médecin du travail, addictologue, Paris

Bibliographie

Dr Corinne Dano, médecin du travail, addictologue, Angers

Dr Éric Durand, médecin du travail, Paris

*complétée par les membres du Comité d'organisation
et du Groupe de travail*

Groupe de travail

Me Philippe Arbouch, avocat, Chartres

Dr Patrick Bastien, médecin généraliste, Gérardmer

Mme Stéphanie Berton, assistante sociale, Dunkerque

Dr Philippe Bessières, médecin inspecteur du travail, Bordeaux

Dr Colette Budan, médecin du travail, Nantes

Dr Philippe Cleren, médecin du travail, Caen

Mme Françoise Facy, épidémiologiste, Le Vésinet

Pr Marie Galliot-Guilley, pharmacologue, Paris

Dr Antoine Gérard, addictologue, Le Puy-en-Velay

Dr Philippe Hache, médecin du travail, Paris

M. Jean-Paul Jeannin, formateur consultant, Hérouville

Mme Aude Lalande, sociologue, Paris

M. Patrick Lavabre, infirmier, Roissy

Mme Gladys Lutz, ergonome, Toulouse

Mme Sylvie Masson, assistante sociale, Lille

Dr Hervé Martini, addictologue, Nancy

M. Philippe Mossé, économiste, Aix-en-Provence

Dr Cyrille Orizet, addictologue, Paris

Dr Jean-Marc Philippe, urgentiste, Aurillac

Dr Didier Playoust, addictologue, Andernos-les-bains

Pr Sophie Quinton-Fantoni, médecin du travail, Lille

M. Bertrand Redonnet, épidémiologiste, Paris

Dr Marie-José Royer-Morrot, pharmacologue, Nancy

Mme Anne-Laure Soilly, économiste, Dijon

M. Jean-François Thibault, ergonome, Bordeaux

Dr Anne-Laurence Thomas-Desessarts, médecin du travail,
Conflans-Sainte-Honorine

Dr Annick Vasseur, médecin du travail, Nancy

M. Michel Viry, mouvement d'entraide, Pointel

M. Gérard Vatin, association d'entraide, Paris

Groupe de lecture

Dr Geneviève Abadia, médecin du travail, Paris

M. Jean-Philippe Anris, association d'entraide, Paris

M. Daniel Bénédic, consultant, Nancy

M. Christian Ben Lakhdar, économiste, Lille

M. Pierre Chappard, sociologue, Paris

Pr Françoise Conso, interniste, médecin du travail, Paris

Dr Catherine Cothereau, médecin du travail, Paris

Dr Corinne Dano, médecin du travail, addictologue, Angers

Dr Alexis Descatha, médecin du travail, urgentiste, Garches

Dr Paolo Di Patrizio, addictologue, Nancy

Dr Véronique Dumestre-Toulet, toxicologue, Bordeaux

Dr Damien Duquesne, médecin du travail, addictologue, Lille

Dr Éric Durand, médecin du travail, Paris

Dr Bernard Fontaine, médecin du travail, addictologue, Lille

Pr Paul Frimat, médecin du travail, Lille

Mme Deborah Guessab, infirmière, Cergy

Dr Paul Kiritzé-Topor, médecin généraliste, addictologue, Angers

Dr Véronique Kunz, médecin du travail, Marseille

Pr Paul Lafargue, toxicologue, Paris

Dr Corinne Letheux, médecin conseil, Paris

Dr Philippe Masson, médecin généraliste, Pont-à-Mousson

Dr Philippe Michaud, médecin généraliste, addictologue, Clichy

Dr Christine Moirand-Guibert, ergonome, Toulouse

M. Gilles Noury, ressources humaines, Croix

M. Fabrice Olivet, association d'usagers, Paris

Dr Pierre Poloméni, psychiatre, addictologue, Bondy

M. Bruno Py, juriste, Nancy

M. Pierre-Alain Roussel, consultant, Nancy

M. Laurent Zylberberg, ressources humaines, Paris

Niveaux de preuve et grades des recommandations

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)		Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1)	Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 (NP2)	Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 (NP3)	Études cas-témoins	
Niveau 4 (NP4)	Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	C Faible niveau de preuve

Répartis en plusieurs commissions, les membres du groupe de travail se sont ainsi donné pour missions de :

- réaliser un état des lieux épidémiologique, en s'intéressant également aux coûts économiques et sociaux des conduites addictives en milieu professionnel, aux bénéfices attendus d'une meilleure prise en compte de ces questions ou encore aux déterminants socioprofessionnels susceptibles d'induire ou de renforcer les consommations de substances psychoactives en milieu de travail ;
- recenser, sur le plan clinique, les différentes pratiques de repérage (signes d'appel, moyens à mettre en œuvre, vecteurs de repérage en milieu professionnel, pistes de conduites à tenir) ;
- préciser la nature des troubles comportementaux et cognitifs en milieu de travail et les conduites à tenir pour y faire face ;
- faire le point sur les indications et les limites du dépistage biologique, qui soulève beaucoup de questions, en s'intéressant notamment aux données pharmacologiques, aux méthodes à utiliser et aux dosages problématiques ;
- et évoquer les aspects réglementaires et juridiques concernant le dépistage biologique, la gestion des troubles comportementaux aigus, les responsabilités de l'employeur, des salariés, du médecin du travail et des laboratoires d'analyse.

Le champ des recommandations comporte donc six grands chapitres :

- les connaissances actuelles sur le plan épidémiologique ;
- les données socio-économiques ;
- les déterminants ;
- le repérage clinique ;
- le dépistage ;
- la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs.

Abordant les aspects réglementaires et juridiques sur le rôle et les responsabilités des différents acteurs intervenant dans ce domaine, un chapitre supplémentaire viendra clore cet argumentaire.

Méthode et gradation des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées conformément aux "Recommandations de bonne pratique" publiées par la HAS en 2010. Les niveaux de preuve (NP) et les grades utilisés dans ces recommandations correspondent à ceux de ce guide méthodologique (Élaboration de recommandations de bonne pratique. Recommandations pour la pratique clinique. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé ; 2010).

Populations concernées

Personnes exerçant une activité professionnelle salariée.

Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent :

- aux services de santé au travail ;
- aux médecins du travail (ou au médecin de prévention) et aux membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail ;
- aux addictologues et aux équipes d'addictologie (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues...)
- aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes concernés (psychiatres notamment).

Bénéfices attendus

Les principaux bénéfices escomptés de ces recommandations sont :

- l'élaboration de référentiels de détermination de l'aptitude médicale par rapport à la consommation de SPA et par rapport au poste de travail pour les médecins du travail ;
- l'amélioration des systèmes d'informations épidémiologiques ;
- l'amélioration des pratiques des équipes médico-sociales du travail ;
- l'élaboration de protocoles par le médecin du travail pour confier des missions dans ce domaine à certains membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- l'élaboration de protocoles adaptés à l'entreprise concernant la conduite à tenir face à des troubles comportementaux aigus et ou cognitifs ;
- l'amélioration du travail en réseau, en particulier avec le médecin traitant référent, les addictologues, les services hospitaliers (services d'urgences), les services sociaux extérieurs... ;
- l'amélioration des pratiques vis-à-vis du risque sécuritaire des employeurs, de l'encadrement, des représentants du personnel, des membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des agents investis d'une fonction de sécurité ;
- et enfin, pour les acteurs du monde du travail mais également vis-à-vis du risque sécuritaire, la possibilité pour le médecin du travail de déléguer certaines tâches, en particulier pour les services interentreprises (infirmière), grâce à la mise en place de procédures adaptées à chaque entreprise.

Diffusion et évaluation des recommandations

La diffusion des recommandations se fera par le biais de publications dans les revues généralistes et spécialisées. Elles seront mises en ligne sur le site de la SFA. Elles seront également transmises pour être diffusées à la Direction Générale du Travail et à la Direction Générale de la Santé.

Enfin, les différents congrès d'addictologie et de médecine et santé au travail donneront lieu à des communications orales ou affichées, les médecins du travail ou de prévention étant pour leur part encouragés à les faire connaître auprès des entreprises ou organismes dont ils assurent la surveillance.

Ces recommandations devraient être soumises à une évaluation à deux ans concernant l'atteinte des objectifs, les bénéfices apportés et les difficultés rencontrées.

Différents freins sont en effet attendus dans leur mise en œuvre : d'une part, la difficulté pratique et démographique actuelle des médecins du travail et, d'autre part, la situation géographique des services de santé au travail en dehors de l'entreprise ainsi que la durée limitée des visites et leur périodicité.

Dans cette optique, plusieurs dimensions de l'impact des recommandations pourront être étudiées : l'impact sur un groupe cible de médecins du travail concernant l'existence et le contenu des recommandations et l'évaluation des pratiques professionnelles entre pairs.

Recherche documentaire

Un travail préliminaire de recherche documentaire sans limite de date a été réalisé au cours du troisième trimestre 2009.

Les banques de données consultées (Medline, Cochrane, Toxline, Eric, Francis, PsycInfo et PsyArticles) ont été sélectionnées en fonction de leurs champs disciplinaires (permettant ainsi une approche bio-psycho-sociale) et du niveau du service apporté (nombre et qualité scientifique des revues et publications).

Les mots-clés utilisés ont été choisis en fonction des objectifs de ce travail qui étaient de faire un état des lieux des connaissances selon cinq critères :

- prévalence (de consommation des SPA de la population active en emploi ou en situation de travail) ;
- risques (au travail induits par la consommation de SPA) ;
- déterminants (environnementaux, sociaux et culturels, en particulier au travail, favorisant la consommation de SPA) ;
- repérage (des conduites addictives en lien avec le travail ou sur le lieu de travail) ;
- dépistage (des SPA).

La consommation de SPA a été croisée, d'une part, avec des mots-clés relatifs au travail et, d'autre part, avec des mots-clés en lien avec l'accidentologie et la conduite.

La sélection des références a été réalisée par deux personnes différentes en deux étapes successives. Un premier tri

a été effectué selon les critères requis par chaque chercheur de manière individuelle, ne retenant que les articles écrits en anglais, français, allemand et espagnol, suivi par la mise en commun des deux listes de données.

Après avoir retiré les doublons, la liste comprenait 515 références.

Le classement des articles s'est opéré en trois axes :

- le type de publication ;
- les cinq critères de sélection précédemment cités ;
- les substances psychoactives consommées.

À cette revue scientifique ont été ajoutés (jusqu'en juillet 2012) des éléments provenant de la littérature "grise" produite par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, sous un format papier ou numérique, et de publications récentes. Une actualisation a été réalisée tout au long de cette étude par les membres du groupe de travail. Ont ainsi notamment été pris en compte : l'avis n° 114 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) ; le Baromètre santé 2011 de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ; la loi du 20 juillet 2011 relative à la réforme de la médecine du travail et ses décrets d'application du 30 janvier 2012 ; le guide pratique édité par la MILDT et la DGT "Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel" ; et les travaux du Groupe de travail "Pompidou" du Conseil de l'Europe.

Introduction

Avant de développer l'argumentaire, il a semblé souhaitable d'apporter quelques précisions de terminologie en se référant au rapport de Michel Reynaud, Philippe-Jean Parquet et Gilbert Lagrue sur "Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives", qui a beaucoup contribué à vulgariser le terme d'"addiction", jusque-là réservé au monde scientifique et médical pour désigner un contexte pathologique lié à la notion de dépendance. Les auteurs y proposent notamment d'assimiler le terme de "pratiques addictives" à l'ensemble des "comportements de consommation de substances psychoactives" ; une assimilation entre conduite addictive et consommation de substances psychoactives désormais largement reprise dans le domaine public et dans une grande partie du domaine médical.

Dans un souci de cohérence, "conduite addictive" désignera donc globalement "consommation de substances

psychoactives” dans ces recommandations. Mais la rigueur scientifique voudrait qu’un débat s’engage sur la signification des conduites addictives. Il importe en effet de pouvoir reconnaître que toute consommation d’alcool ou de SPA ne recouvre pas une pathologie ; que toute ivresse ne signifie pas dépendance, et que toute consommation ou usage de SPA n’est pas une toxicomanie. Les usages simples (non pathologiques) de drogues seront donc distingués aussi souvent que possible, la notion de “mésusage” étant réservée à la pathologie. Abandonner la notion de “conduite addictive” risquerait cependant de se priver du bénéfice des évolutions récentes des champs de l’alcoolologie, de la toxicomanie et de la santé publique, qui ont progressivement permis de passer d’une approche où seul le consommateur dépendant était repéré comme ayant “des

problèmes” (avec l’alcool ou toute autre SPA) à une vision globale élargissant la prévention à tout consommateur de SPA car exposé à un continuum de risques – très variables, certes, et parfois très minimes, mais toujours potentiels.

Enfin, parce qu’elle permet d’étendre le champ de l’intervention sanitaire de la clinique de la dépendance au domaine de la réduction des risques, la notion de “pratiques addictives” reste utile et doit donc être conservée (le débat n’est pas clos par ailleurs. Dans la cinquième édition du DSM, qui devrait être validée courant 2013, la distinction entre usage, usage à risque, usage nocif et dépendance devrait disparaître au profit d’un unique item, *substance use disorder* – “trouble de la consommation de substance” –, et le terme d’“addiction” remplacer celui de “dépendance”).

Encadré 1. – Définition des différentes catégories d’alcoolisation

d’après les “RPC – Les conduites d’alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ?” (*Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (Suppl. 4) : 35-755)

Non-usage

Primaire : il n’y a jamais eu consommation d’alcool.

Secondaire : le patient ne consomme plus. Le motif peut être un choix personnel, un problème d’alcoolo-dépendance, une raison médicale...

Usage

Conduite d’alcoolisation qui ne pose pas de problème tant médical que psychologique ou social, respectant les seuils de l’OMS et hors situations à risque.

Usage à risque

Le risque peut être chronique ou aigu.

- La consommation est supérieure au seuil défini mais elle n’entraîne pas de dommage médical, psychologique ou social.
- La consommation respecte les seuils de l’OMS mais a lieu dans une situation particulière

- La quantité : Combien ? (risque statistique défini par l’OMS)

- Jamais plus de 4 verres par occasion, pour l’usage ponctuel.

- Pas plus de 21 verres par semaine, pour l’usage régulier chez l’homme, soit 3 verres/jour en moyenne.

- Pas plus de 14 verres par semaine, pour l’usage régulier chez la femme, soit 2 verres/jour en moyenne.

L’OMS recommande également de s’abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d’alcool.

- Les situations : Quand ?
 - Lors de la grossesse « alcool zéro ».
 - Conduite automobile, machine outil...
 - Pathologie associée...

- Les modalités de consommation : Comment ?
 - Début précoce de la consommation.
 - Alcool utilisé comme automédication.
 - Association avec certains médicaments...

- Attentes particulières : Pourquoi ?

Usage nocif

Toute conduite d’alcoolisation caractérisée par :

- L’existence d’au moins un dommage d’ordre médical, psychique ou social induit par l’alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation et l’absence de dépendance à l’alcool.

Dépendance

Toute conduite d’alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation.

La dépendance physique est inconstante mais sa présence signe le diagnostic.

Mais aussi pour une autre raison, plus profonde : parler de “pratiques addictives” a d’abord valeur de garde-fou, pour chacun d’entre nous. Comment imaginer en effet, comme certains, que la consommation d’alcool ou d’autres SPA ne soit un risque que pour l’autre, “alcoolique” ou “addict” ? Elle l’est pour tous, c’est-à-dire pour chacun d’entre nous.

Données épidémiologiques

Données en population générale sur les consommations de SPA des personnes en activité professionnelle

Les chiffres de la consommation de SPA en population générale, selon le Baromètre santé 2010

Le *Baromètre santé* est une enquête transversale sur la santé des personnes résidant en France, menée par téléphone auprès d’un échantillon représentatif de la population générale (n = 21 818 en 2010).

De manière générale, les substances licites, alcool et tabac, demeurent les produits les plus consommés dans la population, que ce soit en termes d’expérimentation ou d’usage quotidien.

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée, avec 13,4 millions de personnes à l’avoir déjà essayé. Son usage régulier concerne plus d’un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en-deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d’expérimentation ou d’usage dans l’année.

Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, les consommations apparaissent très différentes selon le sexe et l’âge. Pour tous les produits, les hommes se révèlent plus consommateurs que les femmes. À l’inverse de la consommation régulière d’alcool, les consommations régulières de tabac et de cannabis et l’expérimentation d’autres substances illicites sont moins élevées chez les plus âgés.

Pour l’alcool, les résultats font apparaître une baisse très significative de l’usage quotidien de boissons alcoolisées pour les deux sexes, dans la continuité de ce qui est observé depuis plusieurs décennies, ainsi qu’une stabilisation des niveaux de consommation plus occasionnels. En revanche, on constate une hausse significative des usages à risque (en particulier les usages à risque ponctuel), de même qu’une hausse significative des épisodes d’ivresse déclarés pour les deux sexes, hausses particulièrement

fortes pour les hommes de 18-34 ans et pour les femmes de 18-25 ans.

Quel que soit le mode d’usage (année, mois, régulier), les consommateurs de cannabis sont plus nombreux parmi les ouvriers, suivis par les artisans et professions intermédiaires, les cadres et les employés. L’expérimentation de cocaïne concerne davantage les artisans (7,2 %), suivis par les ouvriers (5,3 %), les cadres (4,9 %), les professions intermédiaires (3,9 %) et les employés (3,1 %). Les agriculteurs sont moins consommateurs, pour le cannabis comme pour la cocaïne.

Usages et rapports au milieu professionnel en fonction du type de SPA

L’alcool reste la SPA la plus consommée et problématique pour le milieu professionnel. Les études spécifiques sur le cannabis ne rapportent pas de relation entre consommation et PCS (profession et catégorie socioprofessionnelle), sauf pour les jeunes salariés intérimaires. Répandu, le mésusage de médicaments psychotropes lié au travail devrait faire l’objet de futures recherches. Quant à l’usage de cocaïne, il reste minoritaire et s’est diffusé de façon non différenciée dans toutes les catégories socioprofessionnelles en restant dissocié du travail, à l’exception de certaines professions. Enfin, tout en retenant l’intérêt des professionnels de santé au travail, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ne font pas l’objet d’études épidémiologiques spécifiques.

Les secteurs d’activité particulièrement concernés par les usages de SPA

Des études épidémiologiques ont été menées dans différents secteurs d’activité ou métiers dont les caractéristiques spécifiques conditionneraient les pratiques addictives.

Les salariés affectés à des postes de sûreté et de sécurité (PSS) présenteraient plus de consommations de SPA que les autres salariés.

Une étude sur les gens de mer (Bergeret et Fort, 2008) met en évidence une prévalence élevée de la consommation de drogue.

A contrario, des études récentes, à portée régionale dans la Loire et en Aquitaine, ne mettent pas en évidence de secteur d’activité ou poste de travail où les consommations seraient plus élevées.

Une tentative a récemment été menée (Bœuf-Cazou, 2011) pour identifier des profils de SPA chez les salariés en tenant compte des caractéristiques de leur travail.

Les enseignements de la recherche qualitative sur les consommations de SPA en relation avec le travail

L'approche qualitative des drogues et du travail renseigne également sur la relation entre drogues et milieu de travail. En France, les travaux d'Astrid Fontaine (Fontaine, 2002 ; Fontaine, 2006 ; Fontaine et Fontana, 2003) offrent une perspective d'ethnographie compréhensive. Grâce à de – rares – témoignages d'usagers de drogues qui travaillent, ils mettent en évidence les stratégies développées par certaines catégories d'actifs pour préserver leurs habitudes antérieures de consommation, tout en se mettant en position de pouvoir répondre aux exigences de leur activité professionnelle. Ces travaux apportent un éclairage sur les caractéristiques d'usagers intégrés à un milieu professionnel, qui parviendraient à gérer l'usage de substances illicites tout en préservant leur statut et leur image sociale, sans avoir recours à des structures ou à des institutions spécialisées dans le domaine de la consommation de psychotropes et sans s'exposer aux sanctions judiciaires que peut engendrer leur pratique.

En conclusion, une approche qualitative sur les consommations de SPA auprès des acteurs de l'entreprise impliqués dans la santé au travail gagnerait sans doute à être menée en France.

Indicateurs utilisés en santé au travail permettant de prendre en compte les mésusages de SPA

Les accidents professionnels restent l'indicateur principal de santé au travail. Mais, au-delà des estimations fournies par l'étude SAM en 2003 sur les accidents mortels de la route et les accidents survenus sur le trajet domicile-travail, il est impossible à l'heure actuelle d'évaluer la part imputable aux SPA dans les accidents du travail.

Conclusion

Les nouvelles dispositions législatives de juillet 2011 sur les services de santé au travail et les orientations actuelles de santé publique dans le domaine de l'addictologie engagent les médecins du travail dans les actions :

- de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives, vis-à-vis des SPA ;
- d'accompagnement des personnes en difficultés dues à des consommations de SPA.

Face aux constats des études en épidémiologie sociale (auprès de groupes de population) ou en épidémiologie

clinique – (auprès de sujets vus en consultation), deux recommandations émergent :

- . Les médecins du travail sont des intervenants en addictologie.
- . Les médecins du travail sont des partenaires des systèmes d'informations épidémiologiques et socio-économiques.

Données socio-économiques

Les études les plus nombreuses et rigoureuses viennent des États-Unis, ce qui relativise les conclusions, la principale limite étant que les employeurs américains ont un intérêt direct à repérer et traiter leur salariés. Outre le seul objectif retenu (évaluer les coûts et les bénéfices de programmes mis en place au sein des entreprises), la littérature est par ailleurs très diversifiée.

La prise en compte des coûts varie avec les deux principaux points de vue adoptés :

- coût pour l'entreprise : salaires versés pondérés par le temps passé à l'intervention, recours à un prestataire extérieur, programmes eux-mêmes... mais aussi charges sociales, accidents du travail... ;
- coût sociétal : pertes de salaire en fonction du temps passé à l'intervention, coûts des soins... La réduction de l'absentéisme est l'objectif le plus fréquemment évoqué par les auteurs. Même si le sujet est controversé, une forte relation "dépendance/absentéisme" est vérifiée dans de nombreuses études (NP 2).

Reynaud et al. (2000) ont évalué les coûts directs et indirects des problèmes de santé liés à l'alcool en France de 2 300 millions à 2 700 millions de dollars selon le pourcentage de prévalence estimé (10 % et 15 %). En France, les coûts du point de vue "sociétal" s'élevaient en 1996 à 13 200 millions de US\$ (1,04 % du PIB). Les coûts obtenus semblent bien supérieurs aux coûts des traitements offerts aux personnes présentant des problèmes d'alcool (23 millions US\$; NP 2).

La mesure des bénéfices varie également selon les points de vue :

- . Pour l'employeur : baisse de l'absentéisme, des retards, des conflits, de la fréquence des mesures disciplinaires, du *burnout*, meilleure productivité... Pour être visibles et rentables, les effets doivent être observables dans le court terme. Dans la littérature, les bénéfices, voire l'efficacité des interventions brèves sont donc prouvés quelles que soient les entreprises ou les personnes concernées (NP 2).
- . Pour la société : améliorations relationnelles, moindre recours aux psychotropes, meilleure qualité de vie, baisse

des recours aux services de santé ou sociaux (ici comme indice de meilleure santé, pas comme indicateur péjoratif d'accès aux soins), emploi, baisse des pertes de salaire, de la morbidité, des accidents, de la criminalité...

Les rendements des programmes peuvent s'exprimer aussi en termes de bénéfices économiques nets. Cette évaluation n'est pas toujours possible.

La qualité de vie peut être utilisée dans le cas d'une évaluation coût-utilité, qui permet d'évaluer les effets sur la santé d'un programme et de prendre en compte les résultats pertinents. Peu d'études utilisent ce concept et celles qui le font ne sont pas exemptes de confusion.

Conclusion

L'analyse de l'ensemble de la littérature a permis d'étayer les connaissances en matière d'évaluation médico-économique d'une intervention ciblant la consommation de SPA dans le milieu du travail.

L'existence de biais a également été mise au jour : biais liés à la sélection initiale des individus ciblés par le programme, à la nature des entreprises... Elle pose la question de la généralisation des résultats et de la transposabilité des programmes sur une base scientifique.

Par ailleurs, toutes les études analysées n'ont pas présenté d'évaluation purement médico-économique. Ainsi, on note l'absence de comparaisons entre plusieurs programmes. Toutes les études plaident pour une amélioration des évaluations médico-économiques dans ce domaine.

Au plan positif, on peut également noter que les interventions légères, de court terme et en direction de populations peu atteintes, s'avèrent très généralement rentables du point de vue de l'entreprise comme du point de vue de la société : un rendement d'environ 30 % n'est pas rare.

Sur ce même plan, il apparaît que la mise en place de programmes de prévention en milieu professionnel et la connaissance de ses effets économiques doivent faire appel à la motivation des employeurs. Certains arguments semblent encourageants pour mettre en œuvre ces interventions, à commencer par la réduction de l'absentéisme lié aux consommations de SPA, le meilleur argument pour développer la prévention dans les entreprises. D'autres types de dépenses associées à la consommation de substances, et supportées par l'employeur, constituent également des arguments forts (e.g. accidents du travail). D'où la nécessité d'une prise de conscience des employeurs

pour que le développement de programmes et leur évaluation soient rendus possibles.

De la littérature, semble émerger le principe que les interventions doivent être adaptées aux diverses substances et ciblées sur de véritables problèmes ou populations à risque auxquelles s'applique une éthique, celle de leur consentement.

Au terme de cette analyse de la littérature internationale, il apparaît qu'une *evidence-based medicine*, inscrite dans le long terme et l'espace large de la santé publique, est antinomique de l'approche à court terme adoptée outre-Atlantique. Or les pathologies, les modes de prise en charge et leur évaluation demandent que les observations soient menées dans le moyen/long terme, sans se limiter aux frontières (par ailleurs mouvantes) des entreprises et de leur profitabilité.

De ce point de vue, la France possède un avantage comparatif qu'elle pourrait valoriser en mettant en place des enquêtes au long cours portant sur des populations suivies dans et hors l'entreprise, mettant en jeu des acteurs divers (service de santé au travail, médecins traitants, etc.) ; le tout, bénéficiant d'un système d'assurance maladie œuvrant pour l'intérêt général et non dans l'intérêt des seules entreprises.

Interactions conduites de consommation/travail

Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou de renforcer des consommations de SPA

Le métier de médecin du travail s'articule sur deux cliniques complémentaires : la clinique médicale des travailleurs et la clinique du travail. Dans leurs modèles théoriques et leurs pratiques, ces deux cliniques mobilisent des approches scientifiques différentes :

- médicale et épidémiologique, centrée sur l'activité, l'individu et le collectif ;
- ergonomique, psychodynamique et psychosociale, centrée sur l'activité, le sujet, l'organisation et le collectif.

La consommation de SPA doit être saisie non seulement par ses effets (réels ou supposés) mais aussi par ses déterminants professionnels, notamment ses rapports avec la fatigue, la peur, les états de surmenage, d'épuisement, avec ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui "la souffrance au travail".

Usages d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes : des effets et des fonctions

Les effets des consommations de SPA

Dans son rapport "Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage et conduites à tenir" (La Documentation Française, 2002), Michel Reynaud répertorie cinq effets physiologiques de base liés aux substances psychoactives :

- l'euphorie ;
- l'excitation ;
- la sédation ;
- l'ivresse ;
- les hallucinations.

Les fonctions des consommations de SPA (d'après Reynaud, 2002)

Pour caractériser un usage, on tient moins compte du produit que de la motivation à le consommer et de son contexte d'utilisation. Dans toutes les sociétés, les femmes et les hommes tirent parti des effets de base des SPA, souvent des produits culturels mais qu'ils consomment toujours pour :

- favoriser la communication : utilisation des effets anxiolytiques, désinhibants, antidépresseurs ;
- soulager, oublier, les souffrances (physiques ou psychiques) : utilisation des effets antalgiques, sédatifs, anesthésiants, anxiolytique ;
- soutenir leur énergie : utilisation des effets antidépresseurs, excitants, euphorisants ;
- stimuler leurs perceptions : utilisation des effets excitants, hallucinatoires, euphorisants ;
- s'adapter à un environnement : utilisation des effets anxiolytiques, excitants, désinhibants, antalgiques ;
- se détendre : utilisation des effets anxiolytiques, sédatifs, euphorisants ;
- éviter les syndromes de manque (en cas de dépendance physique).

Les déterminants professionnels des usages de SPA

Proposition de typologie des déterminants liés au milieu professionnel

Cette typologie propose six classes de déterminants (facteurs internes ou externes, rarement exclusifs) susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer des usages de produits psychoactifs.

Typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation de SPA (d'après Lutz, 2012)

Tensions psychiques : conflit, souffrance, isolement, désœuvrement, anxiété, vigilance, activités interrompues, charge émotionnelle, manque d'expérience, mésestime de soi, exclusion, surinvestissement, manque de reconnaissance, âge, perte de sens, injonction contradictoire, écueil éthique, usure mentale.

Tensions physiques : temps de travail, horaires atypiques, gardes, activité répétitive, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, troubles musculosquelettiques, âge.

Pratiques culturelles et socialisantes : genre du métier, habitudes conviviales, relation hiérarchique, bizutage, support de communication non verbale, image de marque, réseau, démarche commerciale, cohésion d'équipe, âge, ancienneté.

Précarité professionnelle : statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, reclassement, formation, projet d'entreprise peu clair.

Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel : offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs métiers de la santé...

Pauvreté des liaisons sociales : absence de reconnaissance, manque de soutien, isolement, relations hiérarchiques de mauvaise qualité, opacité managériale, manque de soutien syndical, manque de temps pour les transmissions, manque de réunion de travail, absence de supervision, absence de débats professionnels, absence d'évolution professionnelle, absence ou excès de contrôle, exclusion, désinsertion sociale...

Proposition de typologie des usages professionnels de SPA

Repérer les déterminants professionnels des usages de SPA est une étape importante pour la santé au travail et la prévention des risques professionnels. Une typologie complémentaire (Lutz, 2012) classant les usages ou mésusages de SPA en milieu professionnel en quatre catégories a été retenue pour aider l'action en prévention des médecins du travail et leur analyse compréhensive.

Ces deux typologies proposées, en relation directe avec les effets ressentis et attendus et avec les fonctions individuelles et sociales des usages, sont des outils au service

du médecin du travail pour aiguiller, par principe, ses investigations et ses actions sur les facteurs et les effets des usages professionnels de SPA.

*Typologie des usages professionnels de SPA
(d'après Lutz, 2012)*

1. Les usages culturels
2. Les conduites dopantes
3. Les stratégies individuelles et collectives de défense
4. L'usage avec dépendance

La pluridisciplinarité comme ressource pour la clinique du travail

L'ensemble des recommandations présentées ici ne peut être dissocié des moyens de leur faisabilité : expertise et formation minimale des médecins du travail en addictologie, temps nécessaire à la mise en œuvre de ces pratiques ; deux points sur lesquels la majorité des médecins du travail interrogés dans l'enquête nationale "Addictions et santé au travail : repérage des pratiques des médecins du travail" (INPES-INRS-SMTOIF, 2009) déclare ne pas avoir les moyens adaptés pour agir. Il importe de relever ici cette injonction paradoxale : la transformation d'exigences techniques et relationnelles dans l'approche des mésusages professionnels de SPA et le manque de moyens déclarés. Notre responsabilité est d'alerter face à cet écueil et face à la réponse défensive classique – "garantir un état de vigilance des salariés et des comportements compatibles avec leur sécurité et celle de leur poste de travail" (MILDT, 2010) – aux recommandations de distanciation et de clinique du travail décrites ici.

Les stratégies défensives ne sont pas les seules issues dans le contexte actuel. Les médecins du travail ne sont pas sans ressource pour transformer leur situation. La pluridisciplinarité, et le collectif de travail qu'elle implique, sont un atout pour leurs propres conditions de travail et pour l'action sur les mésusages professionnels de SPA. Dans l'intérêt des services rendus et dans celui des professionnels du service de santé au travail, il importe de construire une articulation opérationnelle des acteurs – médecin, assistante sociale, infirmier(e), intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) – et d'utiliser la complémentarité des métiers. Aux côtés de médecins du travail, les IPRP, psychologues du travail et ergonomes, ont les compétences pour développer des stratégies d'intervention en clinique du travail inter- ou intra-entreprises. Face à la complexité des nouvelles maladies mentales du travail, une équipe pluridisciplinaire

de santé au travail construite en expertise collective est aujourd'hui le meilleur moyen de déployer une véritable démarche de prévention primaire et secondaire sur les mésusages professionnels de SPA et de préserver, pour le médecin du travail, le sens de son travail et son pouvoir d'agir (sa pratique vivante, sa déontologie et son propre équilibre psychique).

Conclusion

Les recommandations pour améliorer la pratique clinique s'articulent donc sur trois niveaux d'action complémentaires :

. Engager les médecins à évaluer leur pratique professionnelle sur les usages de SPA.

R.1. Il est recommandé d'engager les médecins du travail à évaluer leurs connaissances et leur pratique professionnelle concernant les usages de SPA et si besoin, de se former plus avant (accord professionnel).

. Permettre aux médecins du travail, par la mise en œuvre de cette démarche, de changer de paradigme, d'inclure dans leur analyse non seulement le repérage des usages et la prévention des conséquences des usages de SPA sur le travail, mais aussi la prévention des facteurs professionnels des usages.

R.2. Il est recommandé aux médecins du travail d'inclure dans leur analyse non seulement le repérage des usages de SPA et de leurs conséquences sur le travail mais aussi de prévenir les facteurs professionnels susceptibles d'initier, favoriser ou renforcer ces conduites de consommation (accord professionnel).

. Proposer aux médecins un cadre théorique et une démarche pour une clinique du travail et des usages professionnels de SPA.

R.3. Il est recommandé aux médecins du travail d'agir comme des cliniciens du travail, des scientifiques en quête de déterminants collectifs objectifs qui interagissent avec des comportements individuels de consommation observés. Face à la complexité des nouvelles maladies mentales du travail, il est rappelé que l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail construite en expertise collective est aujourd'hui un bon moyen pour déployer une véritable démarche de prévention primaire et secondaire sur les mésusages professionnels de SPA (accord professionnel).

Repérage clinique

Conditions et modalités du repérage clinique de la consommation de SPA en milieu professionnel (hors troubles comportementaux aigus)

Circonstances, stratégie, moyens d'évaluation et outils du repérage clinique de la consommation de SPA

Quelques définitions (d'après T.G. Brown)

Repérage

Le repérage est une procédure sommaire qui permet l'identification des individus qui présentent des troubles liés aux SPA, conséquences négatives de leur consommation, ou qui sont à risque d'en développer. Le repérage est donc une pratique de routine, brève et systématique administrée à tous les usagers, peu importe l'objet de la demande de consultation.

Détection

La détection est une procédure plus élaborée que le repérage, qui permet quant à elle de situer le niveau de risque des habitudes de consommation, de valider les hypothèses soulevées lors du repérage quant à la présence possible d'habitudes nocives et d'aiguiller vers les interventions appropriées dans les milieux non spécialisés. Comme le repérage, la détection est utilisée dans des contextes d'intervention où le motif de consultation n'est pas directement relié à des problèmes de consommation.

Par souci de simplification, la détection sera englobée dans le terme de repérage.

Évaluation

L'évaluation fait référence à une procédure permettant de déterminer la nature et la gravité des difficultés et/ou d'établir un diagnostic de troubles liés aux substances. Contrairement au repérage et à la détection qui sont des procédures qui permettent d'identifier de façon sommaire les individus à risque et le niveau de risque de leur consommation, l'évaluation permet de statuer quant à la nature et à la gravité du problème de consommation dans le but de guider un traitement individualisé spécialisé.

L'évaluation requiert généralement un examen diagnostique qui permet de statuer quant à la présence des critères diagnostiques du trouble.

Interventions brèves

Le vocable d'intervention brève fait appel à un ensemble d'interventions psychosociales qui s'appuient sur des approches différentes, dont les approches motivationnelles

qui se sont avérées particulièrement efficaces. Elles ont en commun d'être circonscrites dans le temps.

Stratégie générale de repérage

Le repérage d'une consommation de SPA repose sur quatre éléments (le quatrième étant le dépistage biologique développé dans un chapitre spécifique).

- La consommation déclarée

Il s'agit d'une étape fondamentale qui permettra de recenser les SPA consommées, de caractériser les comportements de consommation, leurs modalités et les facteurs de vulnérabilité.

R.4. Il est recommandé d'interroger régulièrement le salarié sur l'ensemble des substances, y compris les médicaments psychotropes, face à la fréquence des polyconsommations. Dès lors qu'une consommation de SPA est identifiée, il faut envisager la possibilité de consommations associées (avis d'expert).

- Les questionnaires sur les consommations et les pratiques addictives (voir encadrés 2)

Leur principal intérêt concernant les produits licites ou illicites est de permettre de repérer et d'évaluer le mésusage d'une SPA. Outre l'évaluation, ils peuvent s'avérer intéressants pour ouvrir le dialogue avec le patient sur les niveaux de consommation et les pratiques addictives. Ces questionnaires sont soit donnés avant la consultation au patient qui les remplit lui-même (autoquestionnaire), soit remplis avec un professionnel de santé pour servir de base à ce dernier. Peu de questionnaires sont malheureusement validés en français.

Questionnaires généraux

. Les classifications internationales

Le DSM-IV (encadré 2-1) et la CIM-10 peuvent être utilisés pour évaluer l'usage nocif ou la dépendance à un produit psychoactif (le DSM-5 est en cours d'élaboration).

. Index de sévérité de l'addiction (ASI)

Développé aux États-Unis à partir de 1985, il a été validé en français en 2004 par Krentz. Le questionnaire ASI évalue différents éléments fréquemment associés à l'utilisation de SPA :

- fréquence ;
- sévérité des comportements de consommation ;
- problèmes psychosociaux générés par la prise du produit.

. Questionnaire CRAFFT ADOSPA

Développé aux États-Unis, le questionnaire CRAFFT ADOSPA a été récemment validé en français. Construit

Encadré 2-1. – Les critères du DSM-IV : la présence de trois critères définit une dépendance

1. Tolérance définie par les symptômes suivants :
 - Nécessité d'augmenter ses doses d'alcool pour se sentir bien.
 - Diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool.
2. Sevrage caractérisée par :
 - La présence de symptômes de sevrage : tremblements, sueurs, irritabilité, anxiété...
 - La prise d'alcool pour soulager les symptômes physiques.
3. Prise d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée.
4. Désir persistant ou efforts infructueux du patient pour diminuer ou contrôler sa consommation d'alcool.
5. Beaucoup de temps passé ou beaucoup d'efforts prodigués pour se procurer de l'alcool.
6. Le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles, ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool.
7. Le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool.

pour permettre de repérer précocement l'usage nocif de plusieurs produits psychoactifs (alcool, cannabis, autres produits), il cible les adolescents et les jeunes adultes.

R.5. Il est recommandé d'utiliser des questionnaires validés en santé au travail (cf. encadrés 2) ; le repérage clinique et l'entretien individuel qui l'accompagne doivent toujours précéder les autres formes de dépistage (avis d'expert).

Questionnaires spécifiques (encadré 2-2)

. Alcool

De nombreux questionnaires validés, ayant pour but de repérer l'existence d'un mésusage d'alcool, sont disponibles en français.

DETA

Décrit en 1974 par Mayfield, le questionnaire CAGE ou DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) en français a été diffusé plus largement à partir de 1984. Évaluant la présence de problèmes liés à l'alcool au cours de la vie, il semble moins performant pour le repérage des problèmes d'alcool de faible intensité (notamment dans la population féminine) et peu performant pour celui des patients dépendants en médecine ambulatoire.

AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Développé sous l'égide de l'OMS, il peut être rempli par le patient dans la salle d'attente. La restitution des résultats se fait au cours de la consultation médicale. Largement diffusé en France, il permet également de mieux différencier les patients chez lesquels l'usage d'alcool est nocif des patients dépendants.

MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*)

Validé au début des années 1970, ce test se compose de 25 items. Il existe en version courte de 13 questions, le *Short-MAST*, et en version de dix questions, le *Brief-MAST*. Bien qu'il soit sensible et spécifique, le questionnaire MAST est en résumé un outil peu maniable.

FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool) À remplir avec le patient au cours de l'entretien en face à face, il comprend cinq questions. Notamment validé en direction des médecins généralistes et permettant d'évaluer le risque de dépendance selon le sexe, il pourrait constituer une alternative à l'utilisation de l'AUDIT.

R.6. Les questionnaires AUDIT et FACE sont recommandés dans une approche de repérage précoce du mésusage d'alcool (NP 2).

. Cannabis

Si de nombreux questionnaires existent dans la littérature, certains, bien que largement utilisés (DETA-CAGE Cannabis), ne sont pas validés en français.

Élaboré en France par l'OFDT, le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) permet d'explorer la consommation de cannabis sur la vie entière.

. Médicaments

Plusieurs échelles sont disponibles, notamment pour évaluer les niveaux de dépendance aux benzodiazépines (BZD). Un récent travail de la Haute Autorité de Santé propose quatre échelles d'évaluation, qui ne sont guère utilisées en pratique "courante" et dont l'application dans le champ de la médecine du travail nécessite des études complémentaires.

Encadré 2-2. – Questionnaires validés

DETA / Alcool

- Avez-vous Déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

(Rueff B. Les malades de l'alcool. Paris : Éd. John Libbey Eurotext ; 1995. p. 144)

Questionnaire AUDIT / Alcool

1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
--------	---	----------------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---

2. Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
-------------	---	-----------------	---	-------------	---	-------------	---	-------------	---

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

4. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

5. Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

6. Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

7. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

8. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non	0	Oui, mais dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-------------------------------	---	-----------------------------------	---

Encadré 2-2. – Questionnaires validés (suite)

Questionnaire FACE / Alcool

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
2. Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?
3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

• Cotation

- Question 1 : "jamais" = 0 ; "une fois par mois ou moins" = 1 ; "2 à 4 fois par mois" = 2 ;
"2 à 3 fois par semaine" = 3 ; "4 fois ou plus par semaine" = 4.
- Question 2 : "un ou deux" = 0 ; "trois ou quatre" = 1 ; "cinq ou six" = 2 ; "sept à neuf" = 3 ; "dix ou plus" = 4.
- Questions 3, 4 et 5 : "non" = 0 ; "oui" = 4.

• Résultats

- Pour les hommes : - score < 5 : risque faible ou nul.
- score de 5 à 8 : consommation excessive probable.
- score > 8 : dépendance probable.
- Pour les femmes : - score < 4 : risque faible ou nul.
- score de 4 à 8 : consommation excessive probable.
- score > 8 : dépendance probable.

Questionnaire de dépendance et non de consommation CAST / Cannabis

Au cours de votre vie : (une seule croix par ligne)	Oui	Non
- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau I : Principaux effets à court et long terme de la consommation de cannabis

	Aigus	Chroniques
Cardiovasculaires	Tachycardie, palpitations, réduction de la tolérance à l'effort chez le coronarien, hypertension, vasodilatation périphérique, hypersudation, céphalées.	Hypotension, bradycardie, artériopathie, majoration du risque d'infarctus
Broncho-pulmonaires	Bronchodilatation transitoire, hyperréactivité bronchique, toux...	Bronchite chronique, toux, laryngite
Cognitifs	Altération de la mémoire de travail, trouble attentionnel, trouble de la perception sensitivomotrice, allongement du temps de réaction, altération des performances lors de la réalisation de tâches complexes...	Altération de la mémoire à court terme, baisse des performances verbales ou mathématiques...

Tableau II : Ecstasy, résumé des complications

Effets / Complications aigus	Complications chroniques
HTA, bradycardie, mydriase, déshydratation, overdose, syndrome confusionnel, vertige, trouble de la marche, syndrome hyperthermique, attaque de panique (bad trip)	Hépatite, sécheresse buccale, état délirant, caries, trouble de l'humeur, troubles mnésiques, bruxisme

Tableau III : Récapitulatif des signes cliniques d'alerte (d'après Richard D, Pirot S, Senon JL. Les principales drogues. In : Angel P, Richard D, Valleur M. Toxicomanies. Paris : Masson ; 2000)

Substances psychoactives	Signes d'intoxications aiguës et de consommations excessives
Alcool	Ivresse : excitation psychomotrice, ébriété, dépression. Ivresse pathologique : trouble du comportement, agitation, agressivité. Coma éthylique. HTA, haleine œnologique, tremblements, pyrosis, fatigabilité, irritabilité, plaintes somatiques multiples...
Cannabis	Conjonctivite, ivresse cannabique, hallucinations, agitations, illusions sensorielles, hypotension.
Opiacés	Myosis, ralentissement fréquence respiratoire ; diminution fréquence cardiaque, hypotension. Signes de manque : bâillement, larmoiement, hypersudation, signes digestifs, douleurs, angoisse.
Cocaïne, amphétamine, crack	Mydriase, accélération de la fréquence cardiaque, hypertension artérielle, hyperthermie, angor, sécheresse buccale, tremblements, agitation, crise paranoïaque...
MDMA (ecstasy)	Mydriase, dilatation pupillaire, nervosité, hypertension artérielle, tachycardie, attaque de panique, hyperthermie.
Hallucinogènes	Mydriase, hypertension, hyperthermie, vasodilatation au niveau du visage, anxiété, état paranoïaque, dépersonnalisation, illusions sensorielles...
Solvants	Très variable selon les produits mais prédominance des signes neurologiques (incoordination, confusion, convulsions) et cardiaques (troubles du rythme), apnée...

- Les signes cliniques d'alerte (tableaux I, II et III)

Données générales

D'une manière générale, plus le repérage se veut précoce, moins les signes cliniques spécifiques d'une SPA seront présents et moins il sera aisé de les rattacher à une consommation.

Plus qu'un symptôme, c'est bien la juxtaposition de plusieurs symptômes qui doit alerter le clinicien et faire rechercher l'usage d'une SPA.

Le médecin du travail doit réaliser un examen clinique le plus exhaustif possible. Sur le plan médical, il cherchera à repérer des complications organiques inhérentes à chaque produit. L'entretien veillera à repérer l'existence de troubles dépressif, anxieux, psychotique et de la personnalité.

Signes spécifiques

Des tableaux mentionnant les principaux effets à court et long terme de la consommation de cannabis et d'ecstasy sont regroupés dans les tableaux I et II.

Les acteurs du repérage – Les conduites à tenir en fonction des résultats du repérage

Le repérage d'une situation à risque ou pathogène comme le mésusage de SPA doit engendrer une action de celui qui la repère. Cette action est légitimée par sa fonction et par le cadre dans lequel il agit à un moment donné : cadre sanitaire, sécuritaire ou réglementaire. En dehors de ces cadres, il existe un cadre relationnel où l'acteur du repérage parle en tant qu'individu indépendamment de son statut d'appartenance à l'entreprise. Ces cadres sont détaillés dans l'argumentaire.

Quels sont les acteurs du repérage ?

Toute personne présente sur les lieux du travail peut être amenée à "repérer" un mésusage de SPA, mais sa fonction, sa formation, son éthique, sa personnalité et son expérience feront varier l'interprétation, la conduite à tenir, et donc les conséquences de ce "repérage".

Le repérage est indissociable des notions de respect des libertés individuelles, d'éthique et de transparence (vis-à-vis de la personne repérée), exercice difficile face aux contraintes réglementaires énoncées par le Code du travail ou par le règlement intérieur (si celui-ci contient des articles sur le sujet).

- Repérage dans le cadre d'une fonction sanitaire

Relèvent de ce cadre les différents intervenants médico-psycho-sociaux du champ de la santé au travail : infirmier, assistant social, psychologue, médecin du travail.

Une étude randomisée contrôlée de repérage par le questionnaire AUDIT suivi d'une intervention brève (Michaud, 2008) montre que ces dernières sont efficaces en santé au travail. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) lors de toute visite médicale sont également préconisés par la MILDT.

- Repérage dans un cadre réglementaire

Relèvent de ce cadre :

. L'employeur et ses représentants, qui doivent faire respecter le Code du travail et le règlement intérieur quand il existe.

. Le médecin du travail quand il émet un avis d'aptitude : ses missions sont en effet d'"éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail" (article L.4622-3 du Code du travail). Faire respecter le règlement intérieur ne fait, par contre, pas partie de ses responsabilités.

- Repérage dans un cadre sécuritaire

Relèvent de ce cadre l'ensemble des acteurs du monde du travail, c'est-à-dire tout salarié de l'entreprise et toute personne présente sur le lieu de travail, y compris dépendant d'une entreprise extérieure, intérimaire, client, témoin quel qu'il soit. L'acteur du repérage se demandera alors si le comportement de l'individu met en danger sa propre sécurité et/ou celle des "autres".

- Repérage dans un cadre "relationnel"

Ce cadre concerne "tout le monde" dans le contexte des relations professionnelles.

R.7. Il est recommandé que les médecins du travail soient en capacité de proposer systématiquement à tout salarié, quels que soient notamment son âge et son poste de travail, une évaluation clinique de sa consommation de SPA (Recommandation HAS sur le contenu du dossier médical en santé au travail).

Dans le cas de l'alcool, le salarié doit être informé de son niveau de risque et, le cas échéant, doit pouvoir bénéficier d'une intervention brève sur le mode motivationnel visant à réduire sa consommation ou, au minimum, se voir remettre une documentation (Recommandation de la commission d'audit pour l'HAS 2007). Cette évaluation devra être renouvelée régulièrement (accord professionnel). Pour les autres SPA, des études de validité des interventions brèves sont recommandées.

R.8. L'évaluation de la consommation de SPA peut être confiée par le médecin du travail à un(e) infirmier(e) en santé au travail, dans le cadre d'un protocole. Il est recommandé que l'infirmier(e) qui participe à cette action soit préalablement formé(e) à l'addictologie et notamment aux techniques de repérage précoce avec intervention brève, formations qui devraient être intégrées aux cursus de formation initiale et continue (accord professionnel).

R.9. Le caractère licite ou illicite de la substance consommée ne doit pas guider l'évaluation (accord professionnel).

Conduite à tenir en fonction du repérage

- Conduite à tenir dans le cadre de fonctions sanitaires

Pour les SPA en général

Que le repérage soit systématique (questionnaire ou entretien) ou opportuniste (découverte de signes fonctionnels parfois banals, de signes cliniques à l'examen, de signes sociaux –professionnels, familiaux, judiciaires), les résultats et la conduite à tenir sont envisagés en fonction de la forme de(s) consommation(s) aigue(s) et/ou chronique(s) et ce, quelle(s) que soi(en)t la ou les SPA consommée(s).

On distinguera :

. L'usage.

. Et le mésusage, autrement dit :

- L'usage à risque, appelant une information sur les risques encourus et une intervention brève adaptée précisant notamment le niveau de risque atteint ;

- L'usage nocif, appelant une information sur les risques encourus, une intervention brève adaptée et si nécessaire, une orientation vers des soins ;

- L'usage avec dépendance, appelant une information sur la pathologie addictive et sur les risques toxiques encourus, une orientation vers un accompagnement spécialisé, via le médecin traitant.

Dans tous les cas, une brochure d'information issue d'organismes reconnus par la communauté scientifique est proposée au salarié à la fin de l'entretien.

En cas de mésusage avec dépendance, dans l'intérêt du salarié et avec son accord, le médecin du travail collaborera avec le médecin traitant, le psychiatre et les équipes de soins spécialisés dans le champ de l'addiction. De son côté, le médecin du travail décide de l'opportunité de mettre en place une surveillance médicale dans le cadre d'un soutien qui ne doit pas se substituer à l'accès aux soins ou à l'accompagnement externes ni le limiter.

Développée en détail dans le chapitre sur le dépistage biologique de l'argumentaire, la pratique de tests biologiques devrait rester marginale et ne jamais se substituer à l'entretien clinique.

Si le repérage est issu de l'entourage professionnel, il doit être confirmé par écrit par la hiérarchie. Au mieux, l'employeur adresse au médecin du travail un courrier relatant des éléments factuels en relation avec le travail.

Pour les médicaments psychoactifs (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques et neuroleptiques)

La conduite à tenir est la même. Comme pour les autres SPA, à doses équivalentes, les effets secondaires des médicaments psychoactifs varient considérablement d'un sujet à l'autre.

Pour le cas particulier des traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Le médecin du travail a un rôle majeur à jouer lorsque la possibilité de réinsertion par le travail peut intervenir.

. En cas d'un simple usage thérapeutique, le salarié est considéré comme un patient bénéficiant d'un traitement, régulièrement suivi, co-acteur de ses soins et conscient de ses responsabilités.

. En cas de mésusage, le médecin du travail doit évaluer (comme pour toute autre SPA) le niveau de mésusage et prendre à la fois en compte la toxicité-spécificité du produit et la spécificité de la pathologie addictive.

Tests biologiques dans le cadre du dépistage des TSO : s'il n'est pas souhaitable de rentrer dans des protocoles trop rigides, l'arbre décisionnel pour l'aptitude à un poste de sureté ou de sécurité, cité dans l'article de Frimat (Conférence de consensus Anaes, FFA, 23 et 24 juin 2004), constitue un outil d'aide à la décision.

- Conduite à tenir dans un cadre réglementaire

Dans ce cadre (distinct du cadre sécuritaire ci-après), la fonction du médecin du travail est d'appliquer le Code du travail : il doit émettre un avis d'aptitude.

La décision d'aptitude doit toujours être proportionnelle au risque encouru. Elle doit à la fois s'appuyer sur

l'évaluation du risque au poste de travail pour le salarié impliqué ou pour les autres, et sur l'évaluation des conséquences de la consommation, en ayant toujours à l'esprit de ne pas confondre usage et mésusage, y compris pour les produits illicites. Qu'ils soient paramédicaux ou intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), l'avis des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail peut éclairer le médecin du travail dans sa décision.

Le médecin ne doit par ailleurs jamais utiliser son pouvoir de décision sur l'aptitude pour forcer quelqu'un à se soigner ou à changer de comportement. La menace ou le chantage sont incompatibles avec sa mission et son éthique ; les approches motivationnelles laissent la responsabilité du changement à la personne concernée.

Le médecin du travail décide ensuite de l'opportunité d'une surveillance médicale "rapprochée", de préférence en concertation avec le salarié.

Enfin, quelle que soit la décision d'aptitude, elle a pour double objet :

- de protéger la santé et la sécurité du salarié et de son entourage dans le cadre du travail ;
- et de favoriser le maintien dans l'emploi ou l'insertion professionnelle.

- Conduite à tenir dans un cadre sécuritaire

Le médecin du travail

Selon la dangerosité de la situation pour le salarié ou son entourage, le médecin du travail peut émettre :

- un avis d'inaptitude temporaire au poste de travail, le salarié étant orienté vers des soins avec un arrêt de travail pour maladie ;

- un avis d'aptitude avec des propositions d'aménagement du poste de travail pour une durée à déterminer. L'objectif est de prévenir les risques professionnels et de maintenir le salarié au poste de travail habituellement occupé ou éventuellement de proposer un reclassement dans l'entreprise. Le médecin du travail doit toutefois se montrer vigilant sur l'aptitude avec restrictions (limitations ou réserves), car ce type d'avis pourrait être considéré comme une inaptitude par l'employeur avec des conséquences pour l'emploi du salarié.

En cas de mésusage, le médecin du travail doit analyser si celui-ci a entraîné un risque professionnel : certains mésusages sont sans répercussion sur l'environnement du travail et ne doivent donc pas avoir d'incidence sur la décision d'aptitude.

Les autres intervenants en santé au travail

Après une première évaluation, ils orientent la personne vers le médecin du travail. En l'absence de celui-ci, ils

prennent les décisions d'orientation en fonction d'un protocole préétabli avec lui.

L'employeur ou l'encadrement

Les constatations pouvant être liées à des problèmes de santé, il est de son devoir de l'adresser au médecin du travail (visite à la demande de l'employeur prévue par le Code du travail).

Les salariés de l'entreprise

Ils doivent informer leur employeur ou leur hiérarchie.

Le cas échéant, ils peuvent faire valoir leur "droit de retrait" sous certaines conditions : le salarié, confronté à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, a le droit d'arrêter son travail et, si nécessaire, de quitter les lieux pour se mettre en sécurité.

- Conduite à tenir dans un cadre "relationnel"

Le salarié qui décide d'aborder la question d'une consommation lui paraissant problématique avec un collègue va, de fait, donner des conseils. Il doit alors appliquer les règles de discrétion et de non-jugement et parler uniquement des dysfonctionnements qui ont une répercussion sur le travail, le collectif de travail ou sur les relations humaines.

- Gestion post-critique :
conduite à tenir à l'égard du salarié concerné

Le repérage d'un mésusage de SPA se fait souvent dans le cadre d'une situation de crise justifiant des mesures immédiates de sécurité pour l'individu, voire parfois pour l'entourage professionnel. La situation post-critique doit être, elle, gérée par les professionnels de santé et l'employeur ou ses représentants.

Si chacun doit rester dans son champ, une synergie et une cohérence dans les réponses sont souhaitables.

Le médecin du travail propose systématiquement de revoir le salarié. Il informe le salarié :

- sur les ressources internes à l'entreprise ;
- sur les possibilités d'assistance externes à l'entreprise.

- Gestion post-critique :
conduite à tenir au niveau collectif

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur pour évaluer les risques liés au mésusage des consommations de SPA dans l'entreprise. Il travaille en pluridisciplinarité avec tous les acteurs de prévention. Cette évaluation peut ainsi déboucher sur des actions concrètes de prévention.

R.10. Toute demande par l'employeur d'une visite médicale auprès du médecin du travail d'un salarié qu'il

suspecte de troubles liés à la consommation de SPA doit être motivée par écrit avec une description précise des circonstances de survenue et du comportement observé (accord professionnel).

R.11. Il est recommandé que la décision d'aptitude prononcée par le médecin du travail suite au repérage d'un mésusage de SPA prenne en compte le niveau de risque que cette consommation induit en milieu du travail, pour le salarié ou pour son entourage. Elle doit donc d'abord être guidée par la connaissance du poste du travail (en pluridisciplinarité, le cas échéant), Le maintien au poste doit être privilégié. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée (accord professionnel et réglementation).

Dépistage biologique

Conditions et modalités du dépistage biologique de la consommation de SPA en milieu de travail

Les différentes méthodes validées pour le dépistage biologique – Intérêt, limites actuelles de l'interprétation des résultats et limites économiques

Le choix de la méthode d'analyse se faisant en fonction de l'attente du clinicien, différentes méthodes peuvent être utilisées :

. Méthodes de dépistage. Elles reposent généralement sur une réaction immunochimique mettant en jeu des anticorps de famille moléculaire, qui reconnaissent tous les composants de cette famille mais ne peuvent pas les distinguer. Ces méthodes sont sensibles mais leur spécificité reste cependant limitée à une famille moléculaire (opiacés naturels, cannabis, cocaïne, amphétamines). La réponse ne peut et ne doit être que "présence" ou "absence" d'une famille, avec un seuil de positivité arbitraire, conventionnel mais international.

. Méthodes de confirmation. Elles permettent d'identifier et/ou de quantifier la ou les molécules psychoactives présentes dans le milieu biologique. Ce sont le plus souvent des méthodes physicochimiques : chromatographie en phase gazeuse ou chromatographie en phase liquide, couplées à des détecteurs plus ou moins spécifiques, le plus fiable et performant étant la spectrométrie de masse.

Les tests de dépistage sont généralement réalisés sur des prélèvements urinaires ; les analyses de confirmation et de quantification sur des prélèvements de sang.

Alcool

Face à la consommation d'alcool, le clinicien dispose de marqueurs biologiques qui peuvent l'aider à évaluer directement ou indirectement cette consommation.

• Marqueurs directs

Éthanol

L'alcool dans le sang : l'alcoolémie ou éthanolémie peut être déterminée par trois méthodes différentes – méthode par oxydation, méthode par chromatographie gazeuse et méthode enzymatique automatisée.

L'alcool dans l'air expiré : il peut être dépisté par les éthylotests chimiques ou alcootests (précision d'environ 20 %) ou par les éthylotests électroniques (précision d'environ 5 %). Quant au dosage, il s'effectue avec un éthylomètre.

Lorsque la mesure est positive à l'éthylotest, il est conseillé de pratiquer un prélèvement pour l'alcoolémie.

Éthylglucuronide

La présence d'EtG (un marqueur spécifique de l'absorption d'éthanol) dans les urines confirme une consommation récente d'éthanol.

• Marqueurs indirects

Si les VGM, γ GT, ASAT, ALAT sont des marqueurs biologiques non spécifiques de l'éthylisme chronique, la CDT (Carbohydre Deficient Transferrine) est en revanche un marqueur beaucoup plus spécifique d'une consommation continue. Les transaminases ASAT et ALAT ne permettent pas le diagnostic mais sont des marqueurs de la répercussion de la consommation.

Ces marqueurs biologiques ne dosent pas directement la molécule d'alcool, mais évaluent indirectement les effets de cette molécule dans l'organisme.

En fonction du contexte clinique et psychologique du salarié, la combinaison de différents marqueurs peut être utile pour orienter vers ou conforter un diagnostic de mésusage.

Drogues et substances illicites

Le dépistage biologique des drogues et substances illicites concerne de nombreuses molécules dont la liste ne cesse de s'allonger : les opiacés et les traitements de substitution, le cannabis, la cocaïne auxquels les amphétamines et produits hallucinogènes peuvent être ajoutés.

Le choix de la matrice biologique dépendra de la facilité de prélèvement, des méthodes d'analyse disponibles, de leur fiabilité ainsi que du délai de suspicion de consommation.

• Méthodes de dépistage

Les tests non instrumentaux reposent sur des méthodes d'immunochromatographie. Dans l'urine, le seuil de détection et la spécificité dépendront du type de test utilisé. Dans la salive, le test Rapid STAT® détecte également les benzodiazépines (seuil 25 ng/mL) et la phencyclidine (seuil 2,5 ng/mL). Des tests de dépistage dans le sang total, plasma ou sérum sont disponibles depuis peu.

Les tests sur automates multiparamétriques : ces méthodes de dépistage des stupéfiants par immuno-analyse sont adaptées aux prélèvements urinaires.

Un résultat positif par immuno-analyse doit donc être confirmé par une technique séparative comme la chromatographie couplée à la spectrométrie de masse.

• Méthodes de confirmation

Pour les stupéfiants (amphétamines, cannabis, cocaïne, opiacés, méthadone et son métabolite EDDP), la confirmation d'un dépistage urinaire positif par immuno-analyse se fera par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS).

Les fenêtres de détection des quatre familles de stupéfiants dépendent :

- de la dose et de la voie d'administration ;
- de l'usage aigu ou chronique ;
- des variations métaboliques ;
- du seuil de détection de la méthode analytique.

La présence d'un stupéfiant et de ses métabolites dans le sang correspond à une consommation récente. L'urine est le milieu de choix pour rechercher la consommation de SPA. La présence d'un composé dans la salive permet de conclure à la présence dans le sang. L'analyse segmentaire des cheveux devrait permettre d'établir un calendrier rétrospectif de consommation.

Pour chaque famille, un seuil de positivité (ou de décision, ou *cut-off*) découpe la plage des résultats en deux parties : positif au-dessus du *cut-off*, négatif en dessous.

Pouvant varier selon les méthodes d'analyse utilisées, le seuil de décision doit être précisé par le laboratoire réalisant le dépistage. Il ne s'agit pas d'un seuil d'aptitude mais de positivité ou négativité analytique. La relation dose-effet n'est pas documentée pour les quatre familles de stupéfiants (cannabis, cocaïne, opiacés et amphétamines).

Lors de sa séance du 22 septembre 2010, l'Académie nationale de pharmacie a émis des recommandations relatives au dépistage des stupéfiants et à la fiabilité des tests utilisés. Considérant que le seul test salivaire (Rapid STAT) "utilisé actuellement pour le dépistage du cannabis ne fournit pas les performances requises", elle recommande par ailleurs "de ne mettre les outils du dépistage entre les mains de non professionnels de la santé qu'après un avis scientifique des instances compétentes".

R.12. À la date de la rédaction de ces recommandations (2012), les méthodes validées pour les SPA (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, phencyclidine, benzodiazépines, amphétamines, méthamphétamines et méthadone) reposent sur le prélèvement de sang (sang total ou sérum) ou d'urine. Insuffisamment fiables, les tests salivaires ne peuvent pas être recommandés (avis d'expert).

- Interprétation et limites de la recherche immunochimique des opiacés

Un résultat positif en opiacés ne peut en aucune manière prouver formellement une héroïnomanie ni une dépendance aux opiacés. Interpréter un résultat positif nécessite d'avoir deux types d'informations à l'esprit : thérapeutiques et métaboliques.

- Interprétation et limites de la recherche immunochimique du cannabis

Principe actif du cannabis, le $\Delta 9$ -tétrahydrocannabinol ou THC possède des propriétés psychoactives. Le THC est très lipophile ce qui explique, d'une part, son stockage durable dans les graisses et en particulier le cerveau à partir duquel il peut y avoir relargage et, d'autre part, la lente élimination urinaire de son métabolite (l'acide $\Delta 9$ -THC) – de plusieurs jours à une semaine après consommation d'une à deux cigarettes, plusieurs semaines à plusieurs mois en cas de prises quotidiennes.

. L'acide $\Delta 9$ -THC apparaît dans l'urine une à deux heures après une prise.

. L'acide $\Delta 9$ -THC est le métabolite détecté par les tests immunochimiques pour le dépistage du cannabis dans les urines.

Le clinicien doit avoir à l'esprit plusieurs points importants sur le dépistage du cannabis :

- connaître le seuil de positivité (ou *cut-off*) de la méthodologie utilisée par le laboratoire ;
- tenir compte de la grande rémanence biologique des cannabinoïdes, due à leur lipophilie ;
- considérer le résultat immunologique comme une présumption devant être impérativement confirmée par une

méthode physico-chimique de référence ;

- le dépistage dans la salive nécessite une confirmation des résultats positifs.

- Interprétation de la recherche immunochimique de la cocaïne

Après une prise unique, l'élimination urinaire de la cocaïne est brève (inférieure à dix heures) et faible, tandis que celle de ses métabolites peut se prolonger pendant plusieurs jours.

Le dépistage urinaire de la cocaïne repose sur la détection immunochimique du métabolite principal : la benzoylecgonine (*cut-off* = 300 ng/mL).

Médicaments psychotropes

L'identification des anxiolytiques et leur dosage nécessitera de mettre en œuvre une chromatographie couplée à la spectrométrie de masse.

Les antidépresseurs à structure tricyclique (imipramine, clomipramine, amitriptyline...) sont dépistables au niveau sanguin ou urinaire par des tests immunochimiques de sensibilité différente selon l'antidépresseur. Les antidépresseurs non tricycliques (fluoxétine, venlafaxine, séropram...) pourront être identifiés et dosés individuellement par chromatographie gazeuse ou liquide, après extraction du sang, voire de l'urine.

R.13. Le coût d'un dépistage ne se limitant pas à une tarification des actes d'analyse, des études devraient être menées en s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse incluant les effets potentiels des dépistages, leur fiabilité (faux positifs ou vrais négatifs), etc. (accord professionnel).

R.14. Il est recommandé que le médecin du travail se rapproche des biologistes pour l'interprétation des résultats (accord professionnel).

Indications et limites du dépistage biologique – Conduites à tenir en fonction des résultats du repérage (y compris pour la consommation de médicaments psychotropes)

Introduction – Indications du dépistage biologique (en dehors des troubles comportementaux aigus)

La question du dépistage de la consommation de substances psychoactives, licites ou non, ne peut se concevoir en termes simples – présence ou absence, validée correc-

tement ou non par la biologie. Au-delà des conditions techniques et métaboliques, la biologie peut contribuer au repérage, soit directement en détectant une substance (exemple : alcoolémie) ou son métabolite (exemple : la morphine métabolite des opiacés naturels), soit indirectement en recherchant les conséquences biologiques de la consommation de cette SPA (exemple : volume globulaire moyen et gamma glutamyl transférase pour l'alcool).

Le dosage direct convient plutôt pour valider le respect ou non d'un règlement, d'une loi. Il est utilisé dans le cadre d'un système d'expertise, comme pour la médecine d'aptitude, ou dans des réquisitions judiciaires.

Avec les dosages indirects, il n'y a aucune certitude individuelle de consommation de la substance recherchée, mais une probabilité pour un groupe d'individus d'une consommation plus ou moins grande, calculée à partir de statistiques. L'interprétation des dosages indirects est complexe. Si cette probabilité est souvent jugée suffisante dans le cadre de conseils de prévention ou pour une orientation thérapeutique, l'absence de certitude rend beaucoup plus complexe les prises de position vis-à-vis de l'aptitude au travail.

L'aptitude au travail ou au poste de travail nécessite de répondre à cette question : la consommation de SPA entraîne-t-elle un risque potentiel susceptible d'avoir un impact sur la santé et la sécurité du travailleur et/ou celle de son entourage ?

Indications du dépistage biologique et réglementation française

- Professions soumises à des conditions d'aptitude physique

Dans ces professions, la surveillance médicale en matière de consommation de SPA s'effectue dans le cadre d'une médecine d'aptitude et non dans le cadre de la médecine du travail organisée par le Code du travail. Des arrêtés réglementent la délivrance des aptitudes médicales à certains emplois. C'est le cas pour l'accès à certains emplois de la fonction publique, pour des personnels exerçant des fonctions de sécurité sur le réseau ferré national, pour les marins des navires de commerce, de pêche et de plaisance, ou pour le personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile.

- Dépistage prévu par le règlement intérieur

Considérations générales

Le Bureau International du Travail, l'article 9 du Code civil et l'avis n° 114 du 19 mai 2011 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) apportent des éléments incontournables sur le dépistage.

La Direction Générale du Travail (DGT) et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) ont publié, en janvier 2012, un guide pratique intitulé "Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel". Venant compléter l'avis du CCNE, ce guide rappelle un certain nombre de principes, mais laisse en revanche en suspens d'autres questions, voire contredit des positions préalablement prises quelques pages auparavant. Les éléments intéressants sont situés aux pages 37 et 38 et les contradictoires aux pages 40-41 et 44-45.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a été interrogé sur la réalisation de tests de dépistage par le médecin du travail dans le cadre du règlement intérieur. Datée du 3 septembre 2012, sa réponse apporte les principaux points suivants :

- "... En aucun cas, les obligations du médecin du travail ne peuvent résulter du règlement intérieur d'une entreprise. Elles relèvent du Code du travail, d'une réglementation spécifique dans certains domaines et du Code de déontologie médicale..."

- "... ce dépistage, imposé par l'employeur, ne nous paraît pas faire partie des missions du médecin du travail..."

- "... Dans l'hypothèse où le médecin du travail n'effectuerait pas le dépistage mais en recevrait les résultats, non communicables à l'employeur, il lui appartiendrait, en toute indépendance, d'en tirer les conséquences."

Les règles générales

Face aux incertitudes relevées ci-dessus, il convient de rappeler les principes juridiques fondamentaux applicables en l'état actuel du droit en matière de dépistage :

- proportionnalité et justification ;
- transparence ;
- licéité des procédés.

Les règles spécifiques

. Les règles et circonstances de dépistage de l'alcool dans l'air expiré

Le contrôle ne peut être opéré que dans les cas de suspicion d'imprégnation aiguë (ébrété) et afin d'assurer la sécurité, et ce, sous certaines conditions (arrêtés de la cour de Cassation n° 99-45.578 et n° 01-47.000).

Les conditions du dépistage de l'alcool dans l'air expiré sont donc :

- inscription dans le règlement intérieur et information préalable ;
- possibilité de contester les résultats du test par une contre-expertise ;
- réservé pour les postes à risques ;

- uniquement en cas de suspicion d'imprégnation aiguë (ébrioité) et afin d'assurer la sécurité ;
- pratiqué par l'employeur ou les personnes qu'il a désignées à cet effet et à l'exclusion du médecin du travail.

. Dépistage salivaire des SPA

Aucun texte n'encadre aujourd'hui la possibilité pour l'employeur de pratiquer des tests salivaires en entreprise. Le Code de la santé publique dispose qu'un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, comprenant le prélèvement d'un échantillon biologique (sang, urine, salive...) sur un être humain. Aucune jurisprudence n'est par ailleurs venue préciser le caractère "intrusif" et "attentatoire" à l'intégrité physique du prélèvement salivaire par frottement contre la joue, ni la nature de prélèvement biologique (contenant l'ADN de la personne dépistée).

La DGT a décidé que ces tests de dépistage salivaire devaient "s'entourer de garanties supplémentaires par rapport aux alcooltests, pour renforcer leur sécurité juridique" (décision du 9 mars 2009). Ces garanties seraient :

- un dispositif défini dans le règlement intérieur ;
- des circonstances et des postes de travail bien ciblés ;
- le droit de se faire assister d'un tiers ;
- la formation (théorique et pratique) adéquate de l'agent procédant au recueil salivaire ;
- la contre-expertise systématique et nécessairement biologique.

L'avis n° 114 du CCNE semble ajouter une condition supplémentaire à la décision du 9 mars 2009 de la DGT, à savoir qu'un "tel dépistage ne doit faire intervenir, en l'état actuel des connaissances, que des tests salivaires (témoins des consommations au cours des dernières 24 h) et ne peut être mis en œuvre que sous la seule responsabilité du service de santé au travail. L'interprétation des données biologiques et cliniques, les recommandations de soins de suite sont du ressort exclusif du médecin du travail. Ces différentes procédures sont couvertes par le secret professionnel et le secret médical, et leur consignation dans le Dossier médical personnalisé, progressivement mis en place, est soumise à l'avis du patient".

. Dépistage biologique prescrit par le médecin du travail

Le dépistage biologique des SPA ne peut être réalisé que par un médecin, en l'occurrence le médecin du travail. Conformément à l'article R.4623-14 du Code du travail, ce médecin peut confier aux infirmiers certaines activités (dont le dépistage) dont il a la responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits. Ces activités sont exercées dans la limite des compétences déterminées par les dispositions du Code de la santé publique.

Les textes de référence indiquent tous qu'un dépistage systématique ne peut en aucun cas être justifié. Le dépistage ne peut concerner que des postes comportant de grandes exigences en matière de sécurité et de maîtrise de comportement, des "postes ou fonctions de sûreté et de sécurité", selon l'avis n° 114 du CCNE. Une investigation biologique n'est concevable que dans les cas exceptionnels où les contraintes spécifiques du poste seraient telles qu'un usage de drogue pourrait constituer un motif d'inaptitude.

Le salarié doit dans tous les cas être informé par le médecin du travail de la nature et de l'objet du test qu'il va subir (article R.4127-35 du Code de la santé publique). Il doit également être informé des conséquences que le médecin peut tirer des résultats du test en ce qui concerne son aptitude au poste de travail.

Les résultats du dépistage biologique sont soumis au secret médical (article L.1110-4 du Code de la santé publique) et ne sont donc pas communiqués à l'employeur. Le médecin du travail doit se limiter à faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude partielle ou totale du salarié. Il ne doit en aucun cas révéler un renseignement confidentiel comme le diagnostic, la nature ou l'origine de l'inaptitude, ni révéler une consommation de substances psychoactives.

R.15. Lorsque le traitement d'un test biologique de dépistage de consommation de SPA (alcool, médicaments, produits illicites...) nécessite de recourir à un prestataire extérieur au service médical de santé au travail (exemple : laboratoire d'analyse de biologie médicale), il est recommandé de s'assurer de la confidentialité de l'examen à tous les niveaux de l'acheminement de l'échantillon biologique jusqu'à la transmission des résultats (accord professionnel et réglementation).

R.16. Il est recommandé d'informer les salariés de l'entreprise, par tout moyen approprié, que toutes les informations et confidences recueillies par le médecin du travail, tout ce qu'il observe lors de l'examen clinique ainsi que tous les résultats des tests de dépistage et des examens complémentaires qu'il prescrit (y compris ceux en rapport avec l'identification de SPA) sont couverts par le secret médical. De ce fait, les salariés ne peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas de positivité de la recherche de SPA (accord professionnel).

- SPA recherchées

L'étude de la littérature médicale montre que les publications relatives au dépistage biologique concernent prin-

principalement l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines, les opiacés, la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines (dont la MDMA), la buprénorphine, la méthadone, les antidépresseurs tricycliques et la phencyclidine. Ces substances sont dépistées, de manière isolée ou en association, en fonction soit d'une réglementation existante, soit des niveaux de consommation en population générale et/ou des risques engendrés.

- Choix du type de dépistage biologique

Le médecin du travail doit connaître la sensibilité et la spécificité du test de dépistage qu'il utilise, ainsi que l'ensemble des causes de faux-positifs et de faux-négatifs.

L'analyse sanguine est l'examen le plus fiable mais aussi le plus invasif. En pratique, ce caractère invasif limite, voire contre-indique, son utilisation dans le cadre d'un éventuel dépistage de consommation de SPA en médecine du travail.

Dans le cadre de la médecine du travail, deux types de prélèvements peuvent se révéler pertinents pour les SPA autres que l'alcool, car faciles à mettre en œuvre : l'un est incontestablement le prélèvement urinaire, l'autre pourrait être le prélèvement salivaire, mais seulement si la fiabilité du test est améliorée.

- Rythme de dépistage

Il appartient au médecin du travail de décider de la nécessité de proposer un dépistage biologique :

- à l'entrée dans ce poste (par embauche ou par voie de mutation) ;

- à l'occasion d'une visite périodique, d'une visite de pré-reprise, d'une visite de reprise, d'une visite à la demande de l'employeur.

La question de la proposition d'un dépistage biologique peut aussi se poser au cours de toute visite médicale à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de SPA, dès lors que le médecin du travail considère cette conduite addictive comme incompatible avec le poste de travail défini ou mettant en jeu la santé du salarié du fait des conditions de travail.

R.17. Hors réglementations spécifiques instaurant une médecine d'aptitude dans certaines entreprises, le dépistage biologique ne peut être systématique, même pour les postes à risques ou de sûreté et de sécurité, y compris ceux répertoriés dans une liste élaborée par l'employeur. La décision de le pratiquer appartient au médecin du travail. La prescription de tests biologiques doit respecter le principe du consentement éclairé, qui ne doit être recueilli qu'après avoir expliqué la raison

des examens demandés et leurs conséquences éventuelles selon les résultats. Le test de dépistage doit ensuite être effectué selon des protocoles respectant la personne (avis d'expert).

R.18. Toute participation de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail à la réalisation d'un dépistage organisé par l'employeur sur le lieu de travail est exclue. Le dépistage de SPA décidé par l'employeur (en pratique éthylotest ou éthylomètre, seul test non biologique accessible à l'employeur) doit être réalisé par lui-même ou par une personne qu'il aura désignée (accord professionnel et réglementation).

R.19. Hors réglementations spécifiques, il appartient au seul médecin du travail de décider, en toute indépendance, de la nécessité ou non de proposer un test biologique et de le prescrire. La prescription de cet examen complémentaire peut se faire au cours de toute visite médicale à l'occasion d'un signe d'appel susceptible d'évoquer une consommation de SPA, dès lors que le médecin considère que cette consommation interfère avec le poste de travail défini ou met en jeu la santé du salarié et/ou de son entourage. Il n'existe pas de raisons médicales justifiant une approche différente, y compris en visite d'embauche (accord professionnel et réglementation).

Efficacité et limites du dépistage biologique

Après lecture de la littérature internationale, il apparaît que l'instauration du dépistage au sein d'une entreprise pourrait être suivie d'une réduction de la consommation des SPA testées. Toutefois, il n'est pas possible actuellement de se prononcer sur l'efficacité du dépistage biologique du cannabis comme moyen de prévention des accidents du travail. En effet, la méthodologie utilisée dans les études souffre d'un manque de qualité. De nombreux facteurs de confusion ne sont pas pris en compte dont les actions de prévention (sensibilisation...) au sein de l'entreprise et au sein de la population générale, ainsi que l'amélioration de la sécurité au niveau des process ou sur les équipements utilisés par le salarié. Des informations manquent concernant le *turn-over* au sein des entreprises participantes durant la période d'étude. Enfin, la prévalence faible de consommation du cannabis nécessiterait des études avec une population très importante.

Certaines études rapportent une diminution de consommation du cannabis après mise en place de tests biologiques mais aussi d'autres actions de prévention (sensibilisation, accompagnement du salarié...).

Par ailleurs, les tests de dépistage biologique présentent différents inconvénients :

- l'échantillon urinaire peut être falsifié. De même, l'échantillon salivaire peut s'avérer parfois insuffisant sous l'effet de certains médicaments ou drogues qui réduisent la production salivaire ;
- les résultats des tests de dépistage peuvent être faussement négatifs pour les raisons citées ci-avant (falsification, volume de recueil insuffisant) ou lorsque le seuil de positivité est trop élevé. Le risque est alors de voir un salarié déclaré "apte" alors qu'il est potentiellement dangereux pour lui-même ou son entourage. De plus, ce salarié risque d'être faussement rassuré quant à sa consommation ;
- les tests immunochimiques peuvent présenter des résultats faussement positifs (cf. tableau IV). Le CCNE, à travers son avis n° 114, rapporte que la proportion de ces "faux positifs" varie de 11 à 16 %. Le risque induit par ce type de résultat est d'aboutir à un conseil ou une orientation thérapeutique inappropriés, ainsi qu'à une inaptitude injustifiée.

Enfin, il est difficile d'envisager un dépistage exhaustif de l'ensemble des SPA disponibles. En effet, cela nécessite l'utilisation de très nombreux réactifs avec, pour chacun,

Tableau IV : Synthèse des produits pouvant rendre faussement positif un test immunologique

Substance psychoactive testée	Produits pouvant rendre le test faussement positif
Alcool	Alcools à chaînes courtes (exemple : alcool isopropylique)
Amphétamines	Amantadine Benzphétamine Bupropion Chlorpromazine Clobenzorex L-déprényl Désipramine Dextroamphétamine Ephédrine Fenproporex Isométhéptène Isoxsuprine Labétalol MDMA Méthamphétamine L- méthamphétamine (a) Métylphénidate Phentermine Phényléphrine Phénylpropanolamine Prométhazine Pseudoéphédrine

Tableau IV : Synthèse des produits pouvant rendre faussement positif un test immunologique (suite)

Substance psychoactive testée	Produits pouvant rendre le test faussement positif
Amphétamines (suite)	Ranitidine Ritodrine Sélégiline Thioridazine Trazodone Triméthobenzamide Trimipramine
Benzodiazépines	Oxaprozine Sertraline
Cannabinoïdes	Dronabinol Efavirenz Aliments contenant du chanvre Anti-inflammatoires non stéroïdiens Tolmétine Inhibiteurs de la pompe à protons Méthoxyisoflavone
Cocaïne	Thé à base de feuilles de coca Anesthésique topique contenant de la cocaïne
Produits opiacés et héroïne	Dextrométhorphan Diphényldramine (b) Héroïne Opiacés (codéine, hydromorphone, hydrocodone, morphine) Graines de pavot Quinine Quinolones Rifampine Vérapamil et ses métabolites (b)
Phencyclidine	Dextrométhorphan Diphényldramine Doxylamine Ibuprofène Imipramine Kétamine Mépéridine Mésoridazine Thoridazine Tramadol Venlafaxine, O-desméthylvenlafaxine
Antidépresseurs tricycliques	Carbamazépine (c) Cyclobenzaprine Cyproheptadine (c) Diphényldramine (c) Hydroxyzine (c) Quétiapine

Sources : Moeller KE et al. (2008) & Lecompte Y et al. (2012).
 (a) problème corrigé avec les nouveaux tests immunologiques.
 (b) responsables de faux positifs uniquement lors de la recherche de méthadone.
 (c) responsables de faux positifs lors de tests sur du sérum.

des problèmes de sensibilité et de spécificité. De plus, le marché des drogues évolue. Plus de 150 nouvelles drogues de synthèse ont ainsi été identifiées entre 1997 et 2010. Il est probable que les fabricants de ces SPA cherchent à concevoir des drogues échappant aux tests actuellement disponibles.

Pour toutes ces raisons, le dépistage ne peut être considéré que comme un outil à la disposition du médecin. Cet outil ne peut se substituer à l'examen clinique.

Conduites à tenir en fonction des résultats du dépistage

- Le résultat du dépistage est négatif

Un résultat négatif n'exclut pas une consommation dans les heures ou jours précédents.

L'entretien avec le salarié permet de fournir systématiquement une information sur les conséquences éventuelles d'une consommation de SPA sur les risques de sûreté ou de sécurité du poste de travail ou de certaines fonctions. La remise d'une information écrite prolongera l'information orale, éclairera le salarié, d'une part sur les conséquences d'une éventuelle consommation de SPA et d'autre part, sur sa responsabilité, tout en prouvant la mise en œuvre d'une action de prévention.

- Le résultat du dépistage est positif

La recherche bibliographique n'a pas fourni d'études spécifiques concernant les décisions d'aptitude médicale face à un dépistage positif. Cela n'empêche cependant pas de proposer – à partir des pratiques professionnelles en santé au travail et de fiches pratiques de prévention dont le groupe de travail a eu connaissance – des recommandations permettant l'élaboration d'une conduite à tenir dans ce domaine pour le médecin du travail.

S'il n'est pas souhaitable d'ériger des règles standardisées, tant les situations rencontrées diffèrent selon le poste de travail occupé ou les fonctions exercées, il est indispensable de prendre en considération certains éléments tels que :

- l'examen clinique ;
- le contexte de la consultation ;
- la possibilité de dialogue avec le salarié ;
- le type d'examen : en cas d'examen d'embauche, le médecin du travail ne dispose que de l'anamnèse du salarié ; en cas d'examen périodique, il peut rechercher des signes d'appel (accidents, arrêts à répétition, changements réguliers d'affectation, visites fréquentes à la demande de l'employeur...);
- la possibilité de résultats faussement positifs ;
- le mode de consommation : isolée ou polyconsommation de SPA ;

- l'origine de la consommation (qui peut parfois être liée au milieu de travail) ;

- la réalisation d'une consommation tout en sachant qu'un dépistage est susceptible d'être effectué ;

- les conséquences éventuelles sur le lieu du travail ;

- l'environnement familial et professionnel ;

- l'existence d'accidents du travail (avec leurs circonstances), d'arrêts maladie à répétition, d'éventuelles plaintes écrites de la part de l'employeur... ;

- l'existence ou non de troubles du comportement patents dans l'entreprise ;

- la confirmation systématique par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (CG-SM) en laboratoire n'est pas pertinente, si un test est positif. Elle ne pourrait l'être que dans le cas d'un salarié restant dans le déni ou la dissimulation et si celui-ci occupe un poste de travail incompatible avec une consommation de SPA (surtout pour les opiacés et les amphétamines où les tests sont peu spécifiques) ;

- le recours possible aux marqueurs γ DT, GGT et GGT-CDT pour situer le niveau de conduite addictive lorsqu'une consommation d'alcool récente est découverte biologiquement.

Tous ces éléments, associés à la pharmacocinétique de la substance psychoactive consommée, peuvent permettre d'évaluer le niveau de conduite addictive et les risques encourus par le salarié lorsqu'il se trouve à son poste, par ses collègues et par les tiers.

L'avis d'aptitude est le résultat de l'interprétation de données diverses et complexes, relatives aux risques induits en milieu de travail. Il s'appuie à la fois sur l'étude du poste de travail, et sur l'évaluation des conséquences de la consommation de SPA sur la sécurité du salarié impliqué ou sur celle des autres. Le médecin du travail garde toujours à l'esprit de ne pas confondre usage et mésusage, y compris pour les produits illicites. Il tient compte des principes de liberté individuelle. Il écarte toute notion de jugement et de moralité, tout en tenant compte de la réglementation. Enfin et surtout, il ne doit jamais oublier de tenir compte du facteur intégrateur du travail lors de sa décision ; ainsi par exemple, la découverte d'un test positif au cannabis sans signe clinique chez un salarié se déclarant consommateur occasionnel. Sans signe clinique, il est peu probable que l'aptitude au travail soit en jeu. Seule une information de type motivationnel, comprenant les conséquences spécifiques en fonction du contexte de travail, semble à proposer.

Le Code du travail prévoit par ailleurs que lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour

la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.

R.20. Lorsque le médecin du travail constate dans une entreprise l'existence d'un risque au travail lié à des consommations de SPA mettant en danger la santé et la sécurité des salariés, il doit en informer l'employeur par écrit (accord professionnel et réglementation).

- Cas particuliers

Refus de dépistage biologique ou d'examen complémentaire

Si le salarié, régulièrement informé des exigences de son poste de travail ou de ses fonctions de sûreté et de sécurité, refuse le dépistage biologique de SPA ou un autre examen complémentaire, le médecin du travail, privé des résultats d'un examen médical prescrit dans le cadre d'un avis d'aptitude, doit cependant se prononcer sur l'aptitude.

Le salarié bénéficie d'un traitement de substitution aux opiacés

Si le traitement de substitution aux opiacés s'inscrit dans un contexte de prescription médicale et d'un suivi régulier, sans mésusage ni consommation de SPA associée de type usage nocif, il peut être nécessaire d'attendre quelques semaines pour envisager un avis d'aptitude, comme pour tout autre salarié bénéficiant d'un traitement pour une pathologie chronique (diabète par exemple).

R.21. Le dépistage biologique doit être perçu comme un outil d'aide à la décision. Illustré par le résultat positif d'un test de dépistage, l'aspect biologique ne peut en aucun cas être le seul pris en compte pour limiter l'aptitude à un poste de travail (accord professionnel).

R.22. L'entretien clinique est fondamental et complémentaire du test biologique. Il est recommandé de rechercher systématiquement le "faux positif" (en particulier la consommation de médicaments dans le dépistage des substances illicites). En cas de discordance bioclinique, il est recommandé d'effectuer de nouvelles investigations (accord professionnel).

R.23. La conduite recommandée vis-à-vis du salarié dépisté positif à l'issue d'une recherche de SPA est d'évaluer le risque avec lui et de délivrer une information sur les risques de consommation de SPA. Le maintien au poste de travail doit être privilégié. La décision sera prise en fonction de l'expertise clinique, des contraintes du poste de travail et de l'environnement profession-

nel (étudiées en pluridisciplinarité, le cas échéant), en respectant le secret médical et le principe des libertés individuelles et en prenant en compte le rôle intégrateur du travail. Comme pour tout autre risque, cette décision d'aptitude doit être prise en toute indépendance. Une orientation vers un accompagnement thérapeutique ou médico-social pourra éventuellement être proposée ; elle est obligatoire en cas de découverte de pathologie avérée (accord professionnel).

Gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

Il n'existe pas actuellement de recommandations traitant de la gestion des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA. La méthodologie utilisée repose donc sur un consensus de professionnels de terrain issu de pratiques professionnelles et de sujets proches dans la littérature.

Cadre nosologique : définition des signes d'alerte, des troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA

Les troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs peuvent avoir une présentation variée, renvoyant à différentes pathologies organiques, toxiques et/ou psychiatriques. Ces troubles nécessitent une prise en charge immédiate sur le lieu de travail, l'objectif principal étant de maîtriser la situation pour limiter ou annuler la dangerosité immédiate. Le diagnostic étiologique ne se fera généralement que dans un second temps, lors d'une consultation médicale sur le lieu de travail ou dans une structure extra-professionnelle.

Labélisée par l'ANAES, la conférence de consensus organisée par la Société francophone de médecine d'urgence définit l'état d'agitation comme une perturbation du comportement moteur (fièvre, turbulence, fureur), psychique (labilité du cours des idées, logorrhée) et relationnel (agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes). Du fait de la dangerosité du salarié pour lui-même et pour autrui, et du risque de désorganisation immédiate de l'activité du service, l'état d'agitation concerne tous les intervenants de l'entreprise.

L'agitation est dite "contrôlable" lorsqu'il y a une possibilité d'échange avec le salarié, et que cet échange permet

une diminution de la tension, une acceptation de voir l'infirmière ou le médecin du service de santé au travail. Elle est "incontrôlable" lorsque la communication, l'établissement d'un contact est impossible, un état qui peut s'associer à de la violence tant verbale que physique.

Il est important de rechercher les éléments prédictifs de violence, car ils signent le risque de passage à l'acte violent (voir ci-dessous).

Signes de violence imminente (d'après F Moritz)

- sexe masculin, âge (15-24 ans), facteurs sociaux ;
- acte récent de violence verbale ou physique ;
- utilisation d'armes ou d'objets pouvant servir d'arme ;
- refus de s'asseoir, incapacité à rester en place ;
- sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense ;
- hallucinations auditives avec injonctions de violence ;
- menaces, insultes ;
- menaces de l'exécution d'un plan dangereux.

Conduite à tenir et gestion de l'urgence en phase aiguë

L'organisation des secours : réglementation et définitions

L'employeur a l'obligation d'organiser les premiers secours sur tous les lieux de travail.

L'article R.4224-16 du Code du travail précise qu'en l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades.

Notamment prises en liaison avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise comme le Centre 15 du SAMU, ces mesures sont adaptées à la nature des risques. Le plan de prévention (article R.4512-8 du Code du travail) comme le plan particulier de sécurité (article R.4532-67 du Code du travail) comportent eux aussi des dispositions en matière de secours et d'évacuation.

Consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, ces mesures doivent être régulièrement mises à jour.

L'organisation des secours dans l'entreprise porte sur un certain nombre de points :

- les moyens humains et les exigences de formation s'y rapportant ;
- les moyens et les modalités d'alerte et de liaisons entre les éléments propres à l'entreprise et le Centre 15 de réception et de régulation des appels ;

- la rédaction de consignes mettant en place le protocole. Ces consignes peuvent être inscrites dans un livret "sécurité-santé" remis à tout nouveau salarié et affichées dans l'entreprise sous forme simple.

Différents personnels sont impliqués dans la chaîne des secours : le premier témoin, le sauveteur-secouriste du travail, le responsable présent, etc.

La formation à la sécurité doit inclure les dispositions que le salarié doit prendre en cas d'accident ou d'une urgence médicale (articles R.4141-4, R.4141-6, R.4141-13 et R.4141-17 du Code du travail).

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail participe à la préparation des formations à la sécurité (article R.4143-1 du Code du travail).

Le médecin du travail est obligatoirement associé à la formation à la sécurité et à celle des secouristes (article R.4624-3 du Code du travail).

En l'absence d'infirmier et de médecin du travail, ou en complément, l'employeur, confronté au comportement d'un salarié pouvant constituer une menace pour lui-même ou pour son entourage, a non seulement le droit mais aussi le devoir d'intervenir.

Peut être définie comme situation de crise toute situation mettant en cause un ou plusieurs salariés présentant, sur le lieu de travail, un comportement perturbé en lien supposé avec une consommation de substances psychoactives licites ou non, et susceptible de porter atteinte à la sécurité du salarié lui-même, de ses collègues, du public, des biens ou de l'image de l'entreprise.

Les mesures à prendre et l'organisation des secours

La situation médicale est évaluée sans focalisation sur une consommation de SPA car un salarié présentant un état inhabituel au travail ne signifie pas forcément que cette situation est en lien exclusif avec la consommation d'un produit psychoactif (exemples d'autres causes possibles d'état inhabituel : malaise hypoglycémique, intoxication par produits solvants ou autres inhalés dans l'entreprise...).

Les acteurs de l'entreprise susceptibles d'intervenir

- Les collègues de travail

Ils appellent l'encadrement et demandent son intervention immédiate.

Ils appellent le secouriste du travail (affichage obligatoire de la liste des secouristes).

Et seulement le cas échéant, en l'absence de l'un ou de l'autre, appliquent eux-mêmes les recommandations.

- L'encadrement

Il est de la responsabilité de l'encadrement de garantir la santé et la sécurité au travail des salariés dont il a la charge.

L'encadrement gère aussi l'environnement professionnel, en consignait secondairement ses actions par écrit dans un rapport. C'est à l'encadrement d'évaluer les mesures à prendre en termes de sécurité.

- Le sauveteur-secouriste du travail

Acteur des premiers secours (gestes d'urgence à assurer, évaluation rapide de l'état de santé, appel d'un médecin de soins en ayant noté les coordonnées du salarié et le lieu exact où se trouve le salarié), il peut bénéficier d'une formation spécifique aux conséquences de la consommation de SPA (troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs).

À défaut de secouristes du travail, l'encadrement reprend cette mission ou, à défaut, les collègues présents en se répartissant la tâche.

- Le médecin du travail ou, à défaut, un(e) infirmier(e)

S'ils sont présents dans l'entreprise, ils doivent être prévenus et doivent se déplacer pour contribuer à la prise en charge (la non-assistance à personne en danger est répréhensible). En cas de danger non immédiat pour la santé du salarié, le médecin du travail est informé de l'évènement par écrit (cf. gestion post-crise) pour contribuer à la prévention dans un second temps.

Le protocole d'organisation des secours

Pour l'établissement de ce protocole, le médecin du travail doit veiller à proposer par écrit à l'employeur des dispositions particulières pour la gestion des évènements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs.

- Les dispositions (cf. figure 1)

La prise en charge doit être immédiate et réalisée par toute personne disponible selon ses compétences et selon les modalités suivantes :

. Observer, repérer si la personne présente un comportement inadapté : euphorie, état d'excitation, agitation, hallucinations, propos incohérents, désorientation, confusion, sédation, somnolence, troubles de l'équilibre, chutes...

. Évaluer si la personne est en danger ou dangereuse. Objectif : protéger. Aborder la personne, dialoguer (au sens de "maintenir le lien par la parole et le regard"). Y a-t-il des témoins ? Ne pas rester seul, mais éviter les attroupements.

. Prévenir la direction et le numéro "secours" de l'entreprise (mise en œuvre des actions secouristes appropriées) pour faire cesser la situation de danger. Exprimer les observations concernant le risque, justifier sans accuser (le salarié n'est pas en état de tenir son poste...). Éviter tout propos hostile ou moralisateur (il est inutile de dire que le salarié est sous l'influence d'alcool ou de drogues à ce moment-là...).

Ne pas laisser le salarié seul, assurer sa surveillance et le mettre en sécurité (le retirer de son poste et organiser les secours médicaux), dans un autre local s'il est transportable. À défaut, le local est sécurisé et vidé de ses occupants. Éviter les lieux donnant accès à des moyens dangereux (fenêtre, armes, objets tranchants...).

. Toujours solliciter un avis médical. Le bilan et les premiers soins pourront être effectués selon les possibilités, par les sauveteurs secouristes du travail ou les pompiers de la zone, l'infirmier de santé au travail ou le médecin de prévention : repérer si la personne présente une anomalie des fonctions vitales.

. S'il existe une anomalie des fonctions vitales ou une détresse vitale : appeler le SAMU (téléphone : 15). Suivre les consignes données par le médecin régulateur et prévenir les responsables de l'entreprise.

Une évacuation vers une structure de soins peut être prescrite par des secours médicaux (SAMU, médecins de soins). Dans ce cas, elle s'effectue au moyen du SAMU, des pompiers ou d'une ambulance privée.

. S'il n'y a pas d'anomalie des fonctions vitales : organisation des secours par le médecin du travail ou par l'infirmier(e), selon le protocole établi par le médecin du travail. Selon l'état de la personne : simple surveillance en salle de repos puis éventuel retour au poste de travail, accompagnement vers un médecin traitant ou à domicile en le confiant à une personne de son entourage (selon protocole formalisé).

- Autres dispositions

Pas de rapprochement possible sans un avis médical préalable.

Établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement.

Prévoir les modalités de gestion de la post-crise par l'encadrement ainsi que la sollicitation du médecin du travail.

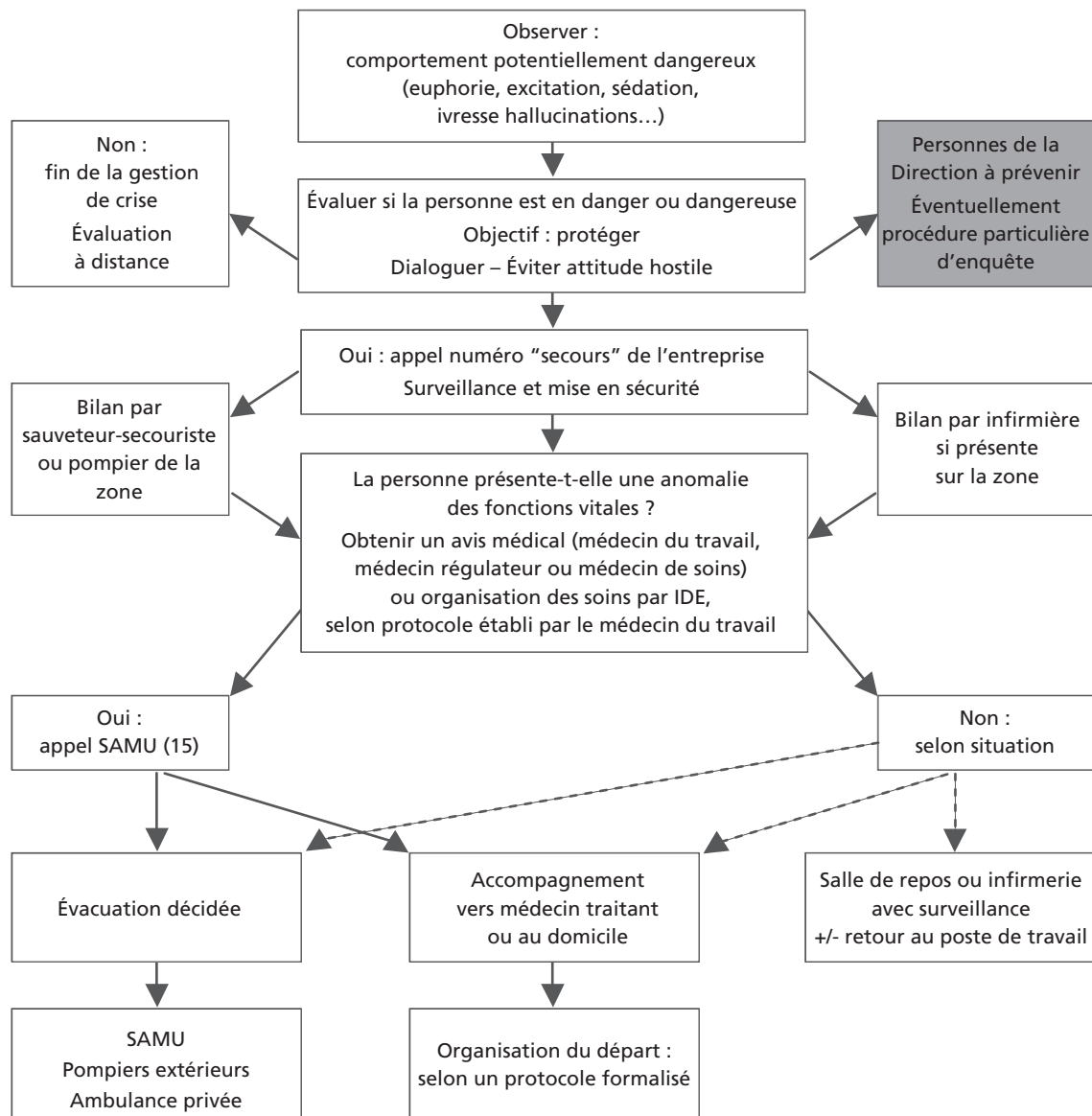


Figure 1. – Conduite à tenir devant des troubles comportementaux aigus en milieu du travail.

• Les gestes d'urgence à effectuer

L'urgence correspond à ce qui ne peut être différé. On distingue les urgences vitales et potentielles. Principe de base à appliquer : le PAS (Protéger – Alerter – Secourir).

En présence d'un salarié présentant un comportement perturbé susceptible de porter atteinte à sa sécurité, à celle de ses collègues ou du public, il convient de réaliser une analyse rapide de la situation en recherchant :

. Les signes présentés par le salarié : état d'excitation, agitation, agressivité, propos incohérents, désorientation, confusion, somnolence, troubles de l'équilibre, chutes...

. Un danger imminent pour la personne ou un tiers.

La prise en charge initiale repose avant tout sur la mise en sécurité du salarié présentant des troubles du comportement. En situation d'agitation, la personne sera, dans la mesure du possible, placée dans une pièce calme. Il faut éviter de répondre aux attaques verbales ou physiques de la personne, éviter tout propos hostile, rester impassible et faire preuve de bienveillance. Il convient de limiter au maximum les interlocuteurs, en ne gardant si possible qu'une seule personne "référente". Il faut toutefois rester vigilant car une personne agitée peut être dangereuse pour elle-même et autrui.

En présence d'une personne présentant des troubles du comportement, il convient de détecter d'emblée des signes de gravité. Dans une démarche logique, les fonctions vitales doivent être systématiquement analysées :

- l'état de conscience : la personne parle ou est somnolente, comateuse ;
- l'état respiratoire : la personne respire calmement ou rapidement, avec des sueurs et les extrémités cyanosées (bleues) ;
- la personne est blessée, elle se plaint, elle est en train de s'affaiblir.

Il faut également évaluer l'état comportemental :

- agressivité majeure, agitation extrême ;
- délire et hallucinations ;
- angoisse massive.

Face à un signe de gravité, le SAMU sera immédiatement alerté. Le médecin régulateur évaluera la situation clinique du salarié avec la personne en ligne, pourra donner des consignes de prise en charge immédiate et diligenter les effecteurs appropriés. Afin de faciliter les échanges de données, le protocole d'entreprise doit prévoir une fiche type d'appel au SAMU. Livresse, notamment alcoolique, ne sera en aucun cas banalisée mais au contraire, appréhendée comme toute intoxication aiguë.

En fonction de l'évaluation des fonctions vitales, les gestes de secours doivent immédiatement être mis en œuvre, l'objectif étant d'assister la personne sans aggraver son état en attendant les secours.

• Les modalités de raccompagnement

Le raccompagnement doit se faire selon un protocole si possible formalisé par l'employeur pour éviter tout recours juridique a posteriori.

Raccompagner quand ?

. Dès que l'autorisation a été donnée par un médecin qui a évalué l'état de santé.

. Si le salarié est autorisé à être raccompagné, que son état de santé ne semble pas préoccupant au corps médical, que son état de santé s'améliore. Le salarié peut aussi être mis en sécurité si l'entreprise dispose d'une infirmerie et d'un(e) infirmier(e) qui en assure la surveillance en attendant un membre de sa famille ou de son entourage.

Raccompagnement avec quel moyen de transport et par qui ?

- . Par un ambulancier privé (VSL).
- . Par un tiers qui peut-être un taxi ou un proche de la famille (avec son moyen de locomotion).
- . Par des salariés : formés aux gestes d'urgences, de préférence deux personnes avec la victime afin d'éviter tout

problème ou aggravation lors du transport.

. Transport avec un véhicule de l'entreprise conduit par un salarié :

- avoir un ordre de mission à disposition (prévu dans l'organisation des secours pour ne pas retarder l'action) ou l'aval écrit de l'encadrement. Emporter un moyen de transmission (téléphone portable) ;
- le véhicule doit contenir au moins trois places (un salarié conduit, l'autre assure la sécurité du salarié pendant le trajet).

. Transport avec un autre véhicule :

- ne jamais utiliser le véhicule du salarié concerné ;
- avec le véhicule personnel d'un salarié, à la condition d'avoir un ordre de mission écrit comportant l'immatriculation du véhicule et la preuve d'une prise en charge assurantielle conjointe par l'entreprise (à prévoir dans l'organisation des secours).

Raccompagner où ?

. Le salarié vit seul ou n'a pas donné de nom de personnes à prévenir en cas d'urgence : il est raccompagné dans une structure de soins par deux personnes. En cas d'aggravation, le laisser seul pourrait être un cas de non-assistance à personne en danger.

. Le salarié ne vit pas seul ou il existe des personnes à prévenir :

- téléphoner à son domicile, s'assurer qu'une personne pourra le prendre en charge si besoin après le raccompagnement. Le cas échéant, le salarié sera raccompagné dans une structure de soins ;
- si la victime est accompagnée par deux personnes chez un médecin généraliste, rester avec elle et la ramener soit chez elle, soit à l'entreprise, soit dans une structure de soins, selon l'avis du médecin et les possibilités en matière de sécurité et de surveillance ;

. Raccompagner le salarié à son domicile signifie : le confier à une personne de l'entourage (sinon attendre un membre de la famille ou le médecin... et son avis). Le cas échéant, en cas de survenue d'un accident à domicile ou sur le trajet restant, il y aurait non-assistance à personne en danger.

La gestion de la "post-crise"

La gestion de la crise et le traitement de la post-crise ne prendront sens que si le concept de "comportement inadapté à la situation de travail" a auparavant été expliqué aux salariés et si la procédure de gestion de crise a été présentée et commentée, notamment au regard des exigences du Code du travail (articles L.4121-1 et 4122-1).

Le traitement de la post-crise

- Intérêt du traitement de la post-crise

Il est essentiel, pour quatre raisons principales :

- permettre à l'employeur de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire ;
- inscrire l'incident dans une démarche lisible et un historique traçable ;
- analyser l'incident pour définir des actions de prévention ou optimiser celles existantes ;
- préserver l'image du salarié, rappeler le devoir de respect des libertés individuelles et de confidentialité à l'égard des questions médicales ;
- montrer (et c'est souvent nécessaire) que l'employeur poursuit à ce sujet une politique transparente, systématique et équitable.

- Méthode de l'intervention en post-crise

Traçabilité de l'évènement par l'employeur ou le responsable qui a géré l'évènement.

Dès le retour au calme (évacuation de la personne), noter la description des faits sur un support destiné à cet usage (fiche ou livre de bord ou autre...).

Information aux autres acteurs concernés

Diffuser la même trace écrite pour :

- informer son propre supérieur hiérarchique et la direction des ressources humaines ;
- informer le médecin du travail, (même s'il a été associé à la gestion de crise) ;
- informer l'assistant(e) de service social pour autant qu'il en ait un(e).

Traitement institutionnel en post-crise

Suite à un pareil incident, l'employeur peut s'assurer de l'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste (en particulier pour les postes de sécurité). Il dispose pour ce faire de la possibilité d'une "visite médicale à la demande de l'employeur". Une trace écrite de l'employeur relatant l'incident doit figurer dans le dossier médical en santé au travail.

Gérer la situation avec l'équipe de travail

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- l'équipe de travail n'est pas sujette à des "bruits" ou "rumeurs" concernant la personne ;
- l'équipe de travail est déjà au courant d'épisodes où la personne est "fatiguée", avec minimisation voire masquage (pseudo protection) ;
- l'équipe a déjà stigmatisé la personne, la rejette plus ou moins, etc.

Quel que soit le cas de figure, la situation sera toujours plus difficile à reprendre en post-crise avec l'équipe si rien n'a été dit en amont (avant qu'une crise ne survienne), si l'on n'a pas défini ce qu'est un "comportement inadapté à la situation de travail" et la procédure institutionnelle qui l'accompagne.

Tout est également plus difficile si cette procédure n'est pas incluse dans un ensemble beaucoup plus vaste et volontariste, ni inscrite dans le temps : une politique de gestion des risques liés aux SPA, avec un volet managérial, un volet aide et un volet prévention primaire.

Si ce travail d'explication collective préalable a été fait, il convient de reprendre les faits avec l'équipe de travail après la crise et sa gestion, pour autant que les événements aient été connus.

Un programme de prévention peut être initié à cette occasion, ou renforcé s'il en existe déjà un.

Le suivi médical, managérial, institutionnel

Quelle que soit la cause de l'incident (qui n'est pas à connaître par l'encadrement), un suivi pluridisciplinaire s'impose sur au moins quatre plans :

. Au plan médical

Le médecin peut décider de revoir la personne rapidement à son retour, ou régulièrement, pour faire le point et assurer le suivi médical, voire une visite de pré-reprise peut être utile.

. Au plan managérial (de proximité)

- Pour la personne concernée : l'encadrement doit rester vigilant et attentif aux évolutions du salarié, au moins garder un contact relationnel informel, voire organiser un suivi rapproché formalisé (attention aux ressentis de harcèlement).

- En ce qui concerne l'équipe de travail : mettre en place un programme de prévention ou renforcer le programme de prévention existant, si tel est le cas.

. Au plan social

Un travailleur social sollicité par le salarié, si c'est le cas, lui propose un accompagnement dans la résolution de ses problèmes (voire un soutien). Il sera important de comprendre également ce qui s'est passé au niveau collectif.

. Au plan institutionnel

Plutôt qu'une "conférence sanitaire" instaurée dans certaines entreprises entre employeur et médecin du travail, qui risque d'être mal comprise et qui nécessite l'accord de chacun (salarié, médecin du travail dans le respect du secret médical et employeur), il semble indispensable qu'il y ait une visite médicale à la demande de l'employeur, qui fait

part de ses motifs écrits, argumentés et formalisés dans un courrier au médecin du travail. Ce courrier et cette visite doivent permettre une mise au point sur la place de chacun, et autoriser l'utilisation éventuelle des outils institutionnels, en évitant toute violation du secret professionnel.

R.24. Il est recommandé que le médecin du travail, qui conseille l'employeur dans l'organisation des secours dans l'entreprise, propose par écrit des modalités de gestion des événements en matière de troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs.

Le protocole d'organisation des secours établi par l'employeur (cf. figure 1) doit notamment prévoir les dispositions suivantes pour des troubles du comportement en phase aigüe :

- ne pas laisser le salarié seul ;
- toujours solliciter un avis médical ;
- aucun raccompagnement sans autorisation médicale préalable, en prévoyant deux personnes s'il est effectué par l'entreprise ;
- établir un rapport écrit sur les faits et les modalités de gestion de l'évènement ;
- prévoir des modalités de gestion de la post-crise par l'encadrement ainsi que la sollicitation du médecin du travail. (accord professionnel et réglementation)

R.25. Il est recommandé d'appliquer aux troubles comportementaux aigus et/ou cognitifs liés à la consommation de SPA une prise en compte type "post-crise" immédiate et à distance, comme pour tout autre trouble du comportement. Il est recommandé qu'une visite occasionnelle à la demande de l'employeur soit organisée dans les jours qui suivent l'évènement et au mieux avant le retour au poste de travail. Le médecin du travail jugera de la nécessité d'un suivi médical et réévaluera la situation au travail dans le but du maintien à l'emploi. Il participera avec l'équipe de travail, l'employeur et les instances représentatives du personnel à l'analyse de l'existence de risques favorisant la consommation de SPA. Il est recommandé de gérer la situation avec l'équipe de travail et si nécessaire, de renforcer la prévention (accord professionnel).

Prévision et protocolisation

Le protocole suivant est proposé à titre d'exemple, à partir de diverses expérimentations réalisées dans des entreprises. Il a vocation à être adapté en fonction du type d'entreprise : grande entreprise, PME ou TPE.

La gestion de l'évènement du point de vue administratif

Le descriptif des faits et les modalités de prise en charge sont notifiés par écrit de manière à en garder la traçabilité en cas de sur-accident, en cas d'enquête de police ou d'enquête interne.

L'employeur demande une visite occasionnelle au médecin du travail dans les jours qui suivent l'évènement.

Le programme de prévention

Sensibiliser les employeurs (dont le médecin du travail est le conseiller) sur leurs responsabilités en matière d'organisation des secours, le contenu du règlement intérieur en matière de consommations en entreprise, les situations professionnelles pouvant générer un mésusage de SPA chez les salariés.

Sensibiliser les salariés aux risques de mésusage de ces produits, aux effets sur leur santé mais aussi sur leur sécurité professionnelle et sur celle de leurs collègues.

R.26. Le médecin du travail doit participer de manière active à l'information et à la formation sur la prévention des risques susceptibles d'être générés dans l'environnement professionnel par la consommation et le mésusage de SPA de la part d'un membre de l'entreprise. Il doit aussi communiquer sur les déterminants en lien avec le travail susceptibles de favoriser ou générer une consommation de SPA. Il doit s'écarter de toute logique répressive, tout en rappelant les responsabilités de chacun des acteurs de l'entreprise dans ce domaine (accord professionnel).